

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Gilbert HEPP

Né le 27 février 1905 à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté

LA

LIPOÏDOSE VÉSICULAIRE

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1934

231

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Gilbert HEPP

Né le 27 février 1905 à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté

LA

LIPOÏDOSE VÉSICULAIRE

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAUTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . . Pathologie médicale.
BOULIN. . . . Pathologie médicale.
BROCC Pathologie chirurgicale.
BULLIARD . . . Histologie.
CATHALA . . . Pathologie médicale.
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD . . Parasitologie.
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET. . . . Physiologie.
GIROUD . . . Histologie.
HAGUENAU . Pathologie médicale.
HALPHEN . . Oto rhino-laryngologie.
HAZARD . . . Pharmacologie.
HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
JOANNON . . . Hygiène.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LACOMME . . . Obstétrique.
LANTUÉJOUL. Obstétrique.
LAROCHÉ(Guy) Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. . . . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
OBERLING . . Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS . . Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHEL . . . Physiologie.
SANNIÉ . . . Chimie biologique.
SÈNÈQUE. . . Pathologie chirurgicale.
SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale.
TURPIN. . . . Pathologie médicale.
VAILLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VELTER . . . Ophthalmologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.
WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
BUSQUET . . . Pharmacologie.
CHAULEY-BERT. . . Physiologie.

MM.

LEROUX . . . Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAVI . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY BERT, agrégé . . .	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE
MA MÈRE

A MON PÈRE
Le Docteur MAURICE HEPP

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur A. GOSSET

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Grand Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de mon respectueux
attachement et de ma profonde
reconnaissance pour tout ce qu'il
m'a appris et tout ce que je lui
dois.*

A MES MAITRES

M. le Professeur R. GRÉGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur

M. le Professeur CHEVASSU

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de profonde et reconnaissante admiration

A MES MAITRES

M. le Docteur A. BAUMGARTNER

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur agrégé H. MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

M. le Docteur WIART

Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage respectueux de ma reconnaissance

A MON MAITRE

M. le Professeur P. CARNOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Dont l'appui nous fut toujours si
précieux.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

M. le Professeur HENRI ROUVIÈRE

M. le Professeur HOVELACQUE

Hommage de ma vive reconnaissance.

M. le Professeur LÉON BINET

Hommage de mon profond respect.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les Professeurs agrégés PETIT-DUTAILLIS, SÉNÈQUE, Chirurgiens des hôpitaux, LACOMME, PORTES, Accoucheurs des hôpitaux.

MM. R. BERNARD, J.-CH. BLOCH, CHARRIER, GOUVERNEUR, HUET, L. MICHON, PICOT, THALHEIMER, WELTI, Chirurgiens des hôpitaux.

M. R. LEIBOVICI, Chirurgien des hôpitaux.

En témoignage de mon affection très reconnaissante.

M. JEAN RAVINA, Accoucheur des hôpitaux.

MM. les Docteurs BARIÉTY, PÉRON, Médecins des hôpitaux.

MM. les Docteurs IVAN BERTRAND, GEORGES LÉWY.

Externat

1925. — Monsieur le Professeur CUNÉO.
1926. — Monsieur le Professeur CARNOT.
1927. — Monsieur le Professeur A. SICARD (*in memoriam*).

Internat

1928. — Monsieur le Professeur COUVELAIRE.
1929. — Monsieur le Professeur CHEVASSU.
1930. — Monsieur le Docteur BAUMGARTNER.
1931. — Monsieur le Professeur GOSSET.
1932. — Monsieur le Docteur WIART.
— Monsieur le Professeur agrégé MONDOR.
1933. — M. le Professeur GRÉGOIRE.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas de décrire sous le nom de lipoïdose vésiculaire une affection nouvelle, mais seulement de grouper sous un terme général, dans un cadre élargi, un ensemble de lésions d'aspects différents, relevant cependant toutes d'un même processus : l'infiltration de la sous-muqueuse du cholécyste par un dépôt lipoïdique.

La manifestation la plus typique de cette lipoïdose est sans aucun doute la vésicule fraise, la « strawberry gall bladder » des auteurs américains. Il faut en rapprocher des manifestations accessoires telles que :

les lésions dites « papillomateuses » ;

les vésicules « à écailles de poissons » ou « fish squalé gall bladder » décrites par certains.

On connaît les discussions qu'a soulevées la thérapeutique de ces affections comparables et l'opposition formelle qui sépare les écoles quant à l'intervention de choix à leur opposer.

On connaît aussi les difficultés de diagnostic auxquelles elles peuvent prêter.

Ces deux seuls points suffiraient à légitimer une étude critique.

Mais à l'heure actuelle on ne peut s'empêcher, avant d'aborder le terrain pratique de la clinique et de l'indication opératoire, d'essayer de situer dans le vaste champ des lipoïdoses la lipoïdose proprement vésiculaire, et de tenter d'en expliquer timidement la pathogénie.

Cette thèse nous a été inspirée par notre Maître, M. le Professeur Gosset, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect.

Elle est basée sur l'analyse de cinquante-six observations recueillies toutes, sauf une, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, opérées toutes par M. Gosset lui-même ou ses élèves directs suivant une technique commune. C'est là un point d'importance pour l'appréciation des suites opératoires des cholécystectomies.

Toutes les coupes ont été examinées histologiquement par le docteur Ivan Bertrand et, dans une affection aussi diversement interprétée que l'est la lipoïdose vésiculaire, c'est pour nous une chance rare de pouvoir couvrir nos constatations anatomiques, nos déductions pathogéniques de l'autorité de son nom. Nous tenons à le remercier tout particulièrement de nous avoir guidé dans une étude difficile avec une inlassable patience.

Enfin le docteur Georges Lœwy nous a permis de faire état de ses recherches physiologiques poursuivies dans le laboratoire de la clinique chirurgicale et nous a

donné de précieux conseils sur une question qu'il connaît bien. Nous lui en sommes très reconnaissant.

Le travail que nous présentons est donc un travail parfaitement homogène. Il tire son intérêt majeur de ce fait.

Les clichés de plusieurs figures reproduites ont été obligeamment mis à notre disposition par MM. Masson et C^{ie}, éditeurs.

HISTORIQUE

HISTORIQUE

Il suffit souvent de donner à une lésion déjà connue et décrite un nom imagé et nouveau pour s'en voir attribuer la découverte.

C'est bien là le cas de la vésicule fraise, « strawberry gall bladder » des auteurs américains. En 1910, MAC CARTHY, anatomo-pathologiste de la Clinique des Mayo à Rochester, baptisa ainsi la lipoïdose vésiculaire dans son aspect le plus fréquent ; à dater de ce jour la fortune du nom fit la fortune de l'affection. L'école américaine fit sienne une question qui n'avait pas échappé cependant à des observateurs plus anciens.

C'est en Allemagne en effet, dans un Congrès de pathologie tenu en 1905 que l'attention fut attirée, en premier lieu, semble-t-il, sur les dépôts lipoïdiques vésiculaires.

ASCHOFF, dès cette date, admet que le dépôt se fait dans des cellules spéciales, cellules endothéliales d'origine lymphatique. En 1909, il revient avec BACMEISTER sur cette curieuse disposition dans sa belle monographie sur la cholélithiase, et il soulève une hypothèse

pathogénique basée sur des données physiologiques. Pour lui, la vésicule normale résorbe de la cholestérine, une exagération de ce processus est au départ de la lipïdose.

A la même époque, en 1909 également, MOYNIHAN publie un article dans les *Annals of Surgery*. Il y décrit nettement plusieurs cas de vésicule fraise, mais il interprète mal la lésion. Il l'attribue en effet à l'incrustation de minuscules calculs dans les mailles de la surface réticulée de la muqueuse ; par contre, il donne à son travail un titre qui, pour hardi qu'il paraisse, n'en est pas moins précurseur : « une affection de la vésicule biliaire nécessitant la cholécystectomie ». Plus de vingt ans après, l'opinion des auteurs n'est pas encore faite sur cette vérité qui nous paraît première.

C'est en 1910 seulement qu'est imprimé l'article fondamental de MAC CARTHY et que naît avec lui l'expression de vésicule fraise, cinq ans donc après les premières publications. Encore l'auteur interprète-t-il mal lui aussi la lésion, la considérant comme purement épithéliale et liée à l'érosion du sommet des villosités.

A dater de ce moment, les travaux se multiplient.

En Amérique, en Angleterre le nombre des études consacrées à cette question prouve assez l'intérêt suscité par la description nouvelle.

Revenant sur son erreur initiale qu'il confesse, MAC CARTHY, en 1915, puis en 1919, reconnaît les véritables caractères histologiques.

STEWART, en 1915, confirme la nature cholestérinique

du dépôt. Viennent alors, se succédant à peu d'intervalles :

les articles de CORKERY sur la « Fish squalé gall bladder », ceux de BOYD, de MENTZER qui invente le mot de cholestérose vésiculaire.

Les essais pathogéniques plus récents d'ILLINGWORTH, de JUDD et MENTZER, d'ELMAN et GRAHAM.

En France, certes dès 1912, M. M. GUY LAROCHE et FLANDIN, M. FLANDIN seul, dans sa thèse inaugurale, identifient les dépôts lipoïdes avec les éthers du cholestérol.

En fait, il faut attendre 1920 pour que la notion de vésicule fraise se répande. Nous devons aux travaux de M. GOSSET et de ses élèves, MM. LEWY, MAGROU et IVAN BERTRAND, les premières recherches rationnelles sur la nature de cette affection. A eux aussi revient l'idée de rapprocher vésicule fraise et lithiasé ; ainsi se crée de toutes pièces la théorie préolithiasique aseptique, si vivement combattue.

D'après discussions s'élèvent sur l'origine de l'affection et ce sont alors les articles de LECÈNE et MOULONGUET, de MM. CHIRAY et PAVEL, de MM. BERGERET et DUMONT, qui imaginent le terme de cholécystite lipoïdique.

Plus récemment enfin, MM. LERICHE et COGNIAUX entrevoient le rôle fondamental du système réticulo-endothélial.

Là pourrait se borner l'histoire de la lipoïdose vésiculaire, mais il est des travaux étrangers essentiels qui valent d'être signalés dès maintenant,

En Allemagne, sans rappeler l'œuvre d'ASCHOFF, qui paraît avoir été à l'origine de la découverte, il faut citer les monographies de LICHTWITZ, en 1914, attaché surtout à l'étude chimique du dépôt lipoïdique ; celles aussi de KOPP, en 1927, et dans ces derniers mois, l'importante contribution de BERENDES, fidèle élève d'ASCHOFF, dont il exprime les opinions.

En Italie, nombreux sont les auteurs qui se sont préoccupés de l'affection, décrite surtout par FICHERA dans une grande revue générale sur les cholécystites non lithiasiques.

PICCALUGA, CICCHELA, LINO émettent chacun une hypothèse étiologique que nous discuterons en bonne place.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faut-il rappeler au début de ce chapitre : l'aspect macroscopique et microscopique d'une vésicule normale ? Ce n'est peut-être pas faire là œuvre inutile car, nous le verrons, c'est souvent sur des nuances, sur des détails histologiques que va se poser le diagnostic de la lipoïdose.

A l'œil nu, comme chacun sait, la vésicule saine apparaît de couleur ardoisée, souple, de volume moyen.

Ouverte, sa muqueuse présente un aspect cloisonné, de fin réseau, soulevée qu'elle est par les saillies du chorion sous-jacent.

Au microscope : trois couches se superposent :

— l'une muqueuse faite de cellules cylindriques à plateau strié, où classiquement les éléments mucipares font défaut à l'état normal ;

— l'une sous-muqueuse : c'est le chorion, est formée de tissu conjonctivo-vasculaire renfermant parfois des éléments lymphoïdes ;

— enfin la couche musculieuse, bien développée, est doublée d'une sous-séreuse plus ou moins épaissie.

Ce qu'il importe de mettre en évidence tout de suite,

c'est l'existence fréquente, au niveau de la muqueuse, de formations particulières.

Des diverticules profonds pénètrent à travers une éraillure de la tunique musculuse et viennent s'épanouir en dilatations terminales en pleine tunique adventicielle : ce sont les canaux dits de Luschka.

Luschka, faute des techniques histologiques précises que nous possédons actuellement, avait décrit ces formations comme des cavités closes intrapariétales, sans parvenir à saisir leurs connexions avec la muqueuse vésiculaire.

Actuellement, la morphologie de ces canaux est claire, leur signification exacte par contre est discutée, mais un fait indéniable est acquis : c'est leur rôle dans la constitution des calculs muraux. C'est à l'intérieur de ces canaux que se développent de telles concrétions, qu'elles soient pigmentaires ou cholestériniques.

Un tel processus de lithiase intra-murale, tachetant de points verdâtres la muqueuse vésiculaire, n'a aucun rapport avec la vésicule fraise, non plus que l'infiltration cholestéatomateuse de certaines vésicules atteintes de lésions inflammatoires et dégénératives anciennes. Dans ce cas, la vésicule a sa paroi très épaissie, son épithélium entièrement desquamé, sa couche de fibres musculaires lisses atrophiée et atteinte elle aussi de dégénérescence granulo-graisseuse ou cholestéatomateuse.

Avant que de décrire les différents aspects de la lipoïdose vésiculaire, nous tenions à préciser cette distinction fondamentale entre trois processus parfait-

tement différents, mais que d'aucuns ont parfois tendance à confondre.

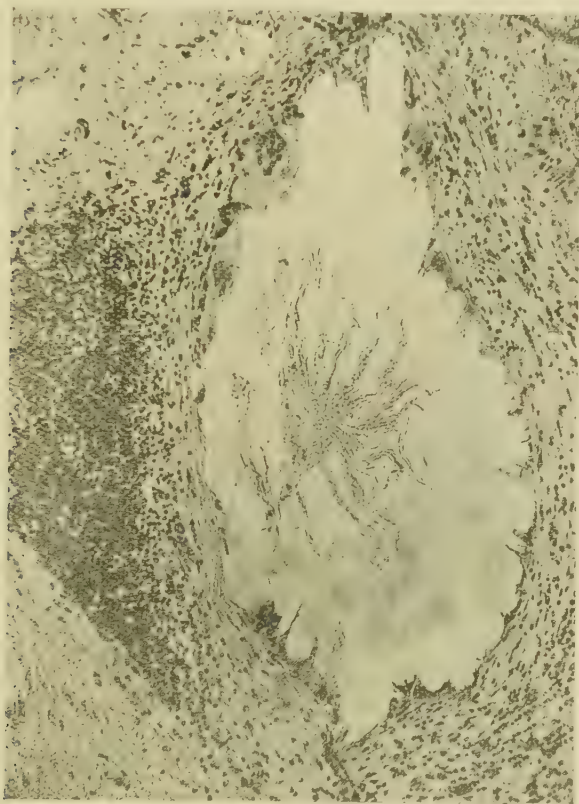


FIG. 1. — Calcul de cholestérine partiellement dissous dans un canal de Luschka. Structure plasmodiale de la paroi.

Etude macroscopique

L'aspect extérieur de la lipoïdose est loin d'être toujours caractéristique.

Parfois il est en tous points semblable à celui d'une

vésicule normale n'était un léger degré d'épaississement pariétal, et c'est bien là ce qui fera toute la difficulté de la reconnaissance à l'intervention.

Les cas sont exceptionnels et on pourrait les qualifier de providentiels où la vésicule a sa paroi si mince qu'elle laisse transparaître le fin dessin de grains jaunes que l'on va trouver à l'ouverture ; ici l'erreur est aisément évitée.

Pour nous, les cas les plus fréquents sont ceux où à l'intervention, nous y reviendrons plus tard d'ailleurs, la vésicule n'apparaît pas parfaitement normale, sans paraître sûrement pathologique.

Autour d'elle : quelques adhérences lâches avec le duodénum, le côlon.

Sur elle : une couche sous-séreuse de graisse donnant l'aspect blanchâtre bien connu des chirurgiens.

Près d'elle : un ou deux ganglions hypertrophiés, découverte très rare, à vrai dire, viennent donner l'éveil et font suspecter une affection vésiculaire, une lipoïdose peut-être, mais que rien ne permet d'affirmer.

Citons, pour illustrer ces faits, un compte-rendu opératoire de lipoïdose sans lithiase, répondant au type le plus courant :

« La vésicule n'a plus sa coloration habituelle, mais a un aspect blanchâtre assez particulier. Quelques voiles membraneux lâches l'unissent au duodénum.

Au palper, les parois semblent épaissies, mais on ne sent pas à travers elles de corps étrangers libres.

La pièce ouverte montre un bel exemple de lipoïdose. »

Doit-on voir dans ces lésions périvésiculaires un ar-

gument pour l'étiologie inflammatoire du dépôt lipoïde, comme certains l'ont prétendu, ce n'est pas ici le lieu de telles discussions. Plus tard nous dirons qu'il est hors de doute qu'une vésicule lipoïdique peut s'enflammer secondairement et cela seul suffirait à expliquer l'apparence plus inflammatoire signalée parfois.

BERENDÈS, dans une étude toute récente, affirme qu'une lipoïdose non compliquée ne change pas l'habitus extérieur du cholécyste. Il se fonde sur l'examen de 127 vésicules en rétention lipoïdique observées et étudiées soit au cours de l'intervention, plus peut-être à l'occasion d'autopsies.

En fait ce n'est qu'une fois la vésicule ouverte qu'apparaissent les lésions typiques de la lipoïdose.

A l'ouverture : la bile qui s'écoule est noire, d'un noir plus ou moins foncé certes, mais qui n'a pas laissé de frapper les chirurgiens et ceci de longue date.

Dans son travail original, MOYNIHAN notait déjà la couleur foncée de la bile vésiculaire. Dans nos observations c'est un caractère presque constant, et « paroi blanche, bile noire » forment là un contraste assez saisissant sans permettre naturellement d'être formel dans les conclusions à tirer.

ILLINGWORTH veut voir un rapport entre l'intensité de la couleur du liquide et l'extension des lésions et dit volontiers qu'à bile foncée répond une cholestérose diffuse.

Ce qui est certain c'est que pour sombre qu'elle puisse paraître, cette bile n'est jamais trouble comme l'est celle d'une vésicule enflammée.

FIG. 2.
Aspect fraise typique (Obs. VII).
Lipoidose pure.



FIG. 3. — Lipoidose disséminée sur
toute la paroi vésiculaire (Obs. IX).
Lipoidose pure.



FIG. 4. — Aspect fraise disséminé (Obs. XIV). Lipoidose pure.



FIG. 5.
Aspect fraise très net (Obs. XXIV).
Lipoidose pure.



FIG. 6.
Lipoidose macroscopique certaine (Obs. XXV).
Lipoidose pure.

Son contenu en cholestérine est augmenté comme l'ont prouvé des dosages chimiques.

La bile évacuée, la paroi vésiculaire apparaît et sur elle se détachent des dessins particuliers qui permettent d'individualiser trois principaux types de lipoïdose :

a) De tous, le plus fréquent, le mieux connu est *l'aspect fraise* de la muqueuse. Il est très frappant quand il est net : sur la muqueuse congestionnée et rouge se détachent d'innombrables points de teinte jaune clair, rappelant l'aspect d'une fraise mûre. LECÈNE et MOULONGUET préféreraient le terme de figue mûre mais admettent la dénomination consacrée par l'usage.

L'examen à la loupe permet d'apprécier les détails de la paroi. Les crêtes normales qui la sillonnent, de fines et ténues qu'elles sont à l'état habituel sont fortes et gonflées ; au sommet de ces travées se voient des grains jaunes ou blanchâtres, plus nets à l'intersection des plis où ils peuvent atteindre la grosseur d'une tête d'épingle.

Quand toute l'étendue des crêtes est occupée par des dépôts, ce ne sont plus des points mais des raies jaunes qui s'offrent au regard. Une telle disposition peut être étendue à toutes les crêtes de la vésicule ; souvent elle se cantonne sur quelques crêtes espacées, ainsi est réalisé l'aspect bariolé, « patchy » des Américains.

Il semble enfin que la localisation du lipoïde aime à se faire en certaines zones d'élection : au milieu de la vésicule ou au voisinage du col de l'organe.

Mais ce qui a frappé plus encore tous les anatomopa-

thologistes c'est, dans les formes diffuses, la limite si fréquente qui arrête l'extension du lipoïde au ras de l'origine du canal cystique ; c'est là un argument pour faire de la lipoïdose une affection spécifiquement vésiculaire où la muqueuse de l'organe joue. Dès que cesse celle-ci, le processus s'immobilise et se cantonne.

S'il est des cas faciles où un observateur même peu averti reconnaît la vésicule fraise au premier examen, il est toute une série de cas difficiles parce que discrets dans leur manifestation, et il faut savoir les interpréter. Il peut n'exister que quelques grains jaunes disséminés et c'est à l'examen histologique qu'on saura demander la preuve de la présence du lipoïde.

b) Nous rangerons à côté de la vésicule fraise la « *Fish squalé gall bladder* » ou vésicule écailleuse décrite en 1920. Cette lésion signalée par CORKERY ne mérite pas qu'on l'individualise car elle ressemble en tous points à la vésicule fraise classique. Seul son aspect macroscopique un peu spécial a légitimé la comparaison faite. Elle n'a pas d'intérêt particulier.

c). Tout autre est le troisième aspect sous lequel peut se manifester la lipoïdose : c'est l'*aspect papillomateux*.

Sur la muqueuse vésiculaire, en un ou plusieurs points, on voit saillir un ou deux petits polypes sessiles ou pédiculés, petites masses sphériques lobulées ou lisses de couleur jaune clair. Plus tard, si le dépôt s'ac-

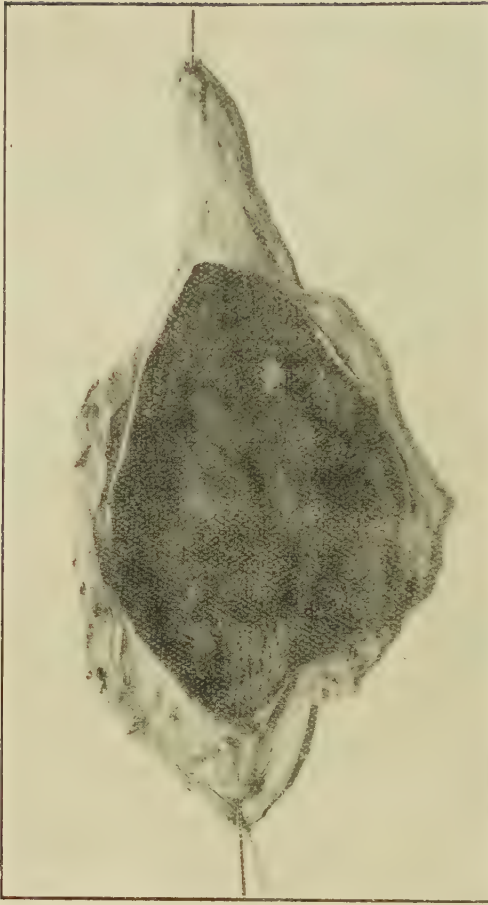
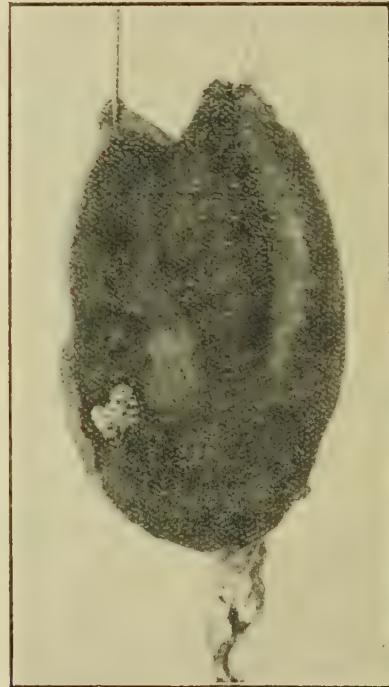


FIG. 7.
Type de vésicule papillomateuse (Obs.XV).
Lipéidose et lithiase.

Bel aspect papillomateux.
FIG. 8.



croît, des pigments biliaires pourront lui imprimer une coloration brunâtre ou verdâtre.

Ce n'est pas au fond autre chose qu'un grain fraise volumineux et isolé comme le montrera l'examen histologique. Une telle formation pourra d'ailleurs, si son pédicule s'amincit, se rompre et tomber libre dans la cavité vésiculaire. Nous en avons observé plusieurs cas ; on ne compte plus les auteurs signalant une telle éventualité.

Peut-on alors considérer une telle sphérule comme le point de départ d'un calcul cholestérinique et établir, comme on l'a fait, une théorie nouvelle de la lithiasé cholestérinique ?

Ces trois types de lésion, s'ils se rencontrent en règle isolés, peuvent aussi s'associer les uns aux autres. Ainsi n'est-il pas rare de voir réunis un aspect fraise plus ou moins typique et un ou deux polypes pédiculés.

Nous avons cherché à apprécier la fréquence de chaque type.

Pour nous, il y a dans nos 56 observations :

Sur 25 cas de lipoïdose pure : 5 fois aspect « papillomateux » contre 20 fois aspect fraise plus ou moins intense.

Sur 31 cas de lipoïdose associée à la lithiasé : 27 fois aspect fraise marqué à des degrés variables contre 4 fois l'aspect papillomateux.

La statistique d'ILLINGWORTH, basée sur 35 cas, se résume ainsi :

11 vésicules fraise typiques ;

20 vésicules fraise discrètes ;

4 vésicules de type polypoïde ou papillomateux.

Enfin dans 5 cas de vésicule fraise typique ou discrète, des polypes étaient associés.

Il n'y a donc pas de barrière absolue entre ces différents aspects qui ne sont que les divers degrés d'un même processus. Il est logique de les grouper sous un terme commun : cholestérose vésiculaire, a dit MENTZER, en fait le lipoïde, nous le dirons, n'est pas exclusivement cholestérinique. Cholécystite lipoïde, proposent MM. BERGERET et DUMONT, mais cette définition implique une origine infectieuse combien discutable. C'est pourquoi nous préférons adopter la dénomination de *lipoïdose vésiculaire*.

Etude histologique

Plus que l'examen à l'œil nu, l'examen histologique va renseigner de façon certaine sur l'infiltration des lipoïdes.

Il exige une technique un peu particulière pour mettre en évidence le dépôt dans la paroi du cholécyste.

On sait, ce sont là des notions générales, que sur les coupes à la paraffine, les graisses apparaissent en négatif sous forme de vacuoles puisqu'elles ont été dissoutes par des réactifs divers, tels que xylol, alcool, éther, dont l'emploi est indispensable pour l'inclusion des pièces.

Aussi faut-il faire de la vésicule suspecte des *coupes à la congélation* et les traiter avec les colorants spécifiques des corps gras.

Scarlach ;
Soudan III ;
Bleu de Nil ;
Acide osmique.

L'étude des lipoïdes a permis de les grouper suivant leurs réactions colorées :

C'est ainsi qu'au sulfate bleu de Nil :

les éthers de la cholestérine se colorent en rose,
les autres lipoïdes et acides gras en bleu,
les graisses neutres en rouge.

qu'au Scarlach et Soudan :

les éthers de la cholestérine donnent un rouge
pâle tirant sur le jaune.

Fort de ces notions, l'examen d'une coupe de vésicule fraise devient facile.

L'aspect du grain fraise est bien connu d'ailleurs et il n'est plus de livre de pathologie vésiculaire qui n'en représente l'image exacte et si particulière et cependant le siège exact de l'infiltration pariétale n'est peut être pas précisé de façon assez catégorique.

Ce n'est pas l'infiltration lipoïde des cellules épithéliales qui est caractéristique ; l'épithélium de la vésicule fraise est un *épithélium normal*. Si l'on y trouve des dépôts de graisse, il n'y a là rien de particulier, car BERENDES y insiste, de tels amas se rencontrent dans des vésicules saines, surtout localisés à la base des cellules. Ils peuvent donner par coloration au Soudan un fin liseré rouge orangé le long des plis de la muqueuse.

Si nous appuyons sur ce point acquis de longue date, c'est parce que dans des travaux aussi complets que ceux d'ILLINGWORTH, on trouve des phrases prêtant à équivoque, et tendant à donner comme un caractère parmi d'autres de la lipoïdose vésiculaire le siège des globules graisseux dans les cellules épithéliales. Une telle opinion est grave car elle permet de fausses interprétations et explique peut-être les différences statistiques considérables que l'on trouve en relevant, chez chaque auteur, le nombre des cas de lipoïdose par rapport au nombre total des cholécystectomies.

Elle explique peut-être aussi la facilité avec laquelle certains auteurs paraissent avoir réalisé expérimentalement la lipoïdose.

Il n'y a sur la coupe qu'un siège formellement caractéristique de l'infiltration, c'est la *sous-muqueuse*. Ici le lipoïde se dépose dans des cellules polyédriques situées d'abord au sommet de la villosité, la distendant si elles sont nombreuses, et lui donnant une forme sphérique particulière, pouvant enfin pénétrer parfois dans les zones plus profondes du stroma.

Quelle est la nature de ces cellules ? Ce sont les « foamy cells » ou cellules spumeuses des Américains, ce sont, pour nous, des spongiocytes, éléments mobiles du tissu conjonctif, du système réticulo-endothélial.

Dès maintenant, nous pouvons dire et ceci facilite d'ailleurs singulièrement la lecture de la coupe histologique : le critérium absolu de la lipoïdose tient en ces quelques mots :



FIG. 9. — Akène élémentaire. Infiltration du chorion par des spongiocytes. Pédicule fragile.

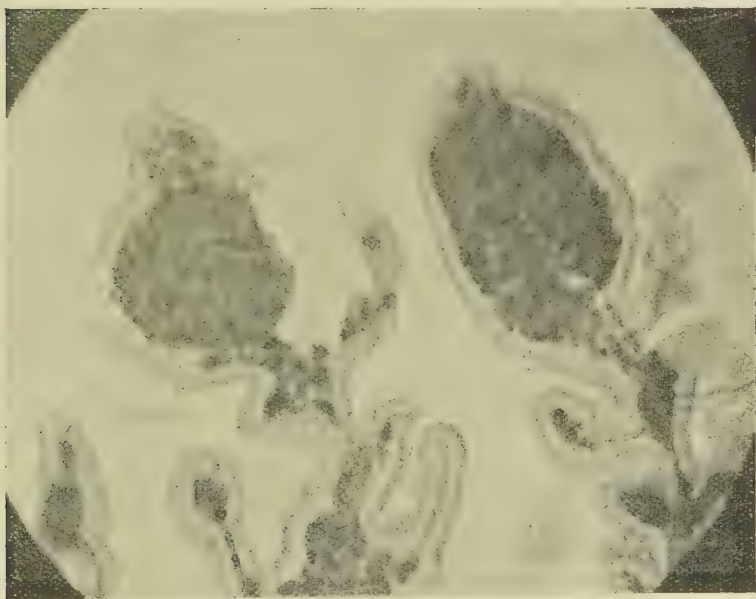


FIG. 10. — Coupe à la congélation. Deux akènes typiques à pédicule fragile.



FIG. 11. — Masse de spongiocytes bourrés de lipoides au sommet d'une villosité muqueuse. Coupe à la congélation. Coloration hématoéine Soudan III.

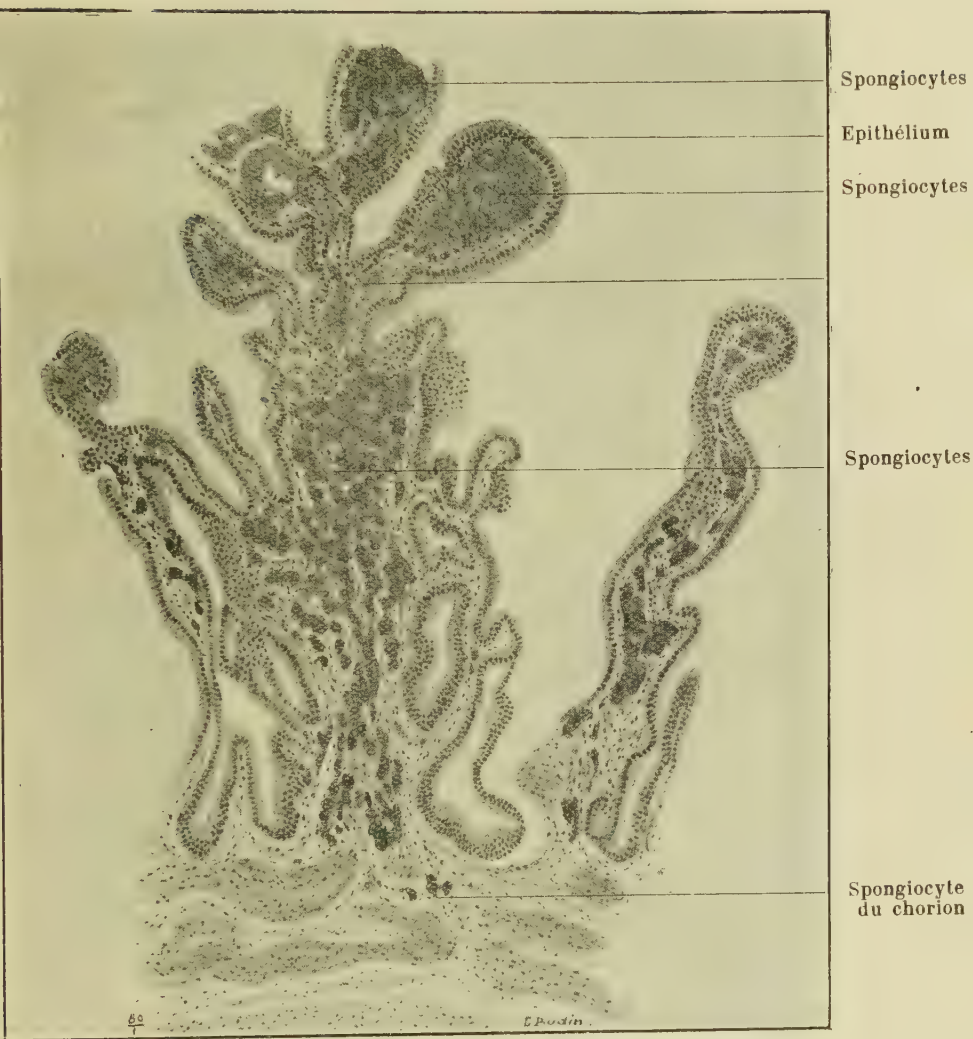


FIG. 12. — Infiltration de l'axe et du sommet des villosités par des spongiocytes bourrés de lipides colorés en rouge. Coloration au Soudan III et à l'hématéine.



FIG. 13. — Akène typique. Transsudation des lipoides. Coupe à la con-
gélation sur matériel formolé.

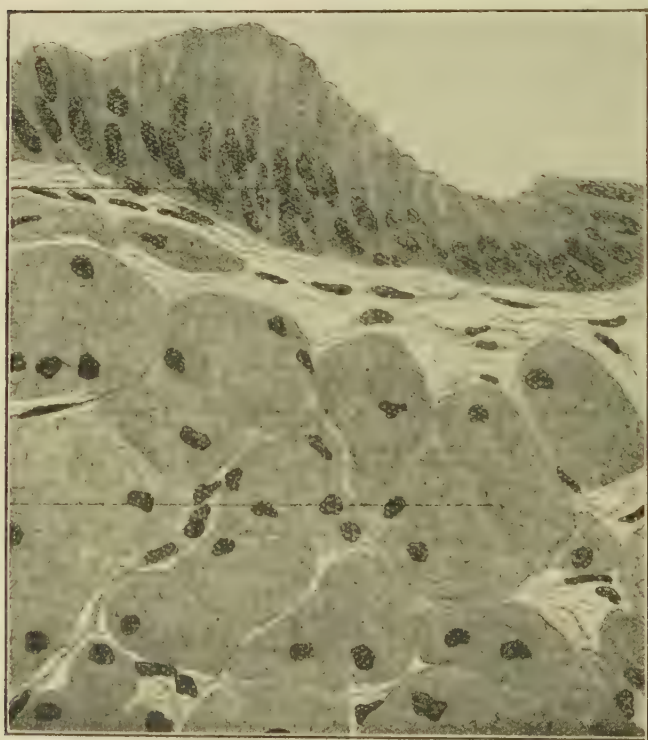


FIG. 14. — Infiltration du chorion par de nombreux spongiocytes à
trame réticulée.

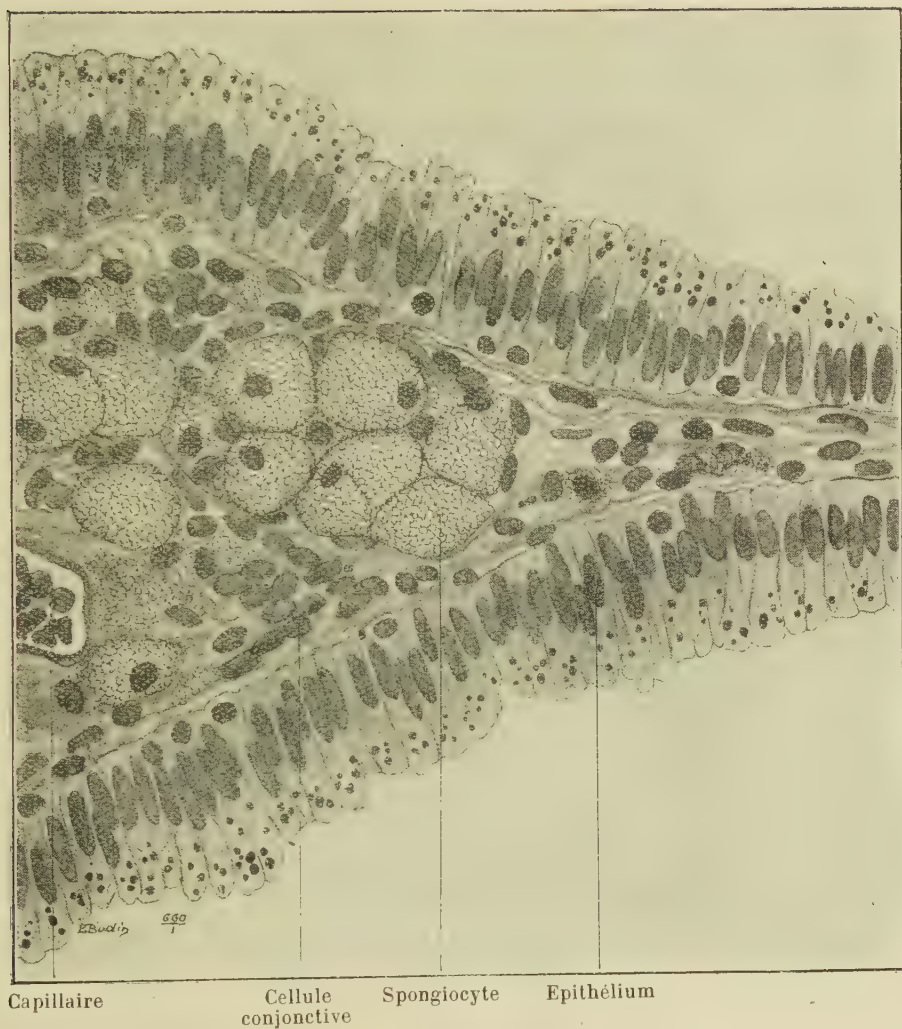


FIG. 15. — Hyperplasie du système réticulo-endothélial se transformant progressivement en spongiocytes. Coloration fuchsine. Vert Lumière. Fixation au liquide de Flemming.

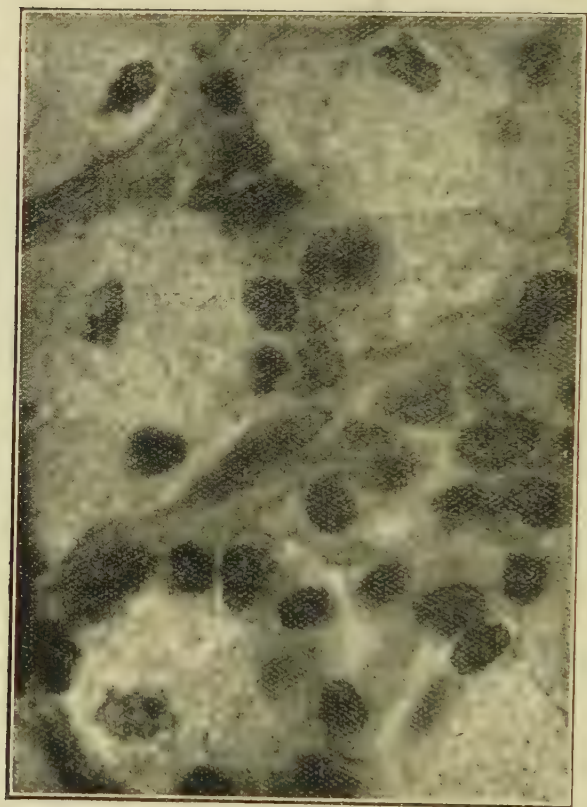


FIG. 16. — Vue à l'immersion des spongiocytes.

L'infiltration du chorion par les spongiocytes bourrée de lipoïdes.

QUE PEUT NOUS RÉVÉLER ENCORE L'ÉTUDE D'UNE COUPE ?

L'état des conduits lymphatiques.

Il a été fortement discuté puisque sur lui se sont échauffées maintes hypothèses pathogéniques. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas obstruction lymphatique ? Aucune preuve histologique ne peut être admise en faveur de l'obstruction de ces voies sur les pièces que nous avons examinées.

La présence de réaction inflammatoire associée.

Il y a bon nombre d'examen où la recherche de toute trace inflammatoire reste vaine, venant à l'appui de la genèse aseptique de la lipoïdose.

Mais il est des examens certains témoignant d'une réaction inflammatoire modérée, à type d'infiltration plasmo-lymphocytaire diffuse.

Ces réactions inflammatoires n'autorisent en aucune façon à conclure qu'il y a lésion septique du cholécyste car les réactions cellulaires amicrobiennes du stroma ne sont pas rares en histopathologie.

Depuis longtemps MM. MASSON, RUBENS-DUVAL ont insisté sur les réactions du stroma avec apport lymphocytaire au cours de néoplasmes non infectés, à la suite d'injection aseptique de paraffine, d'huile stérile ; par sa seule présence le dépôt de cholestérine est susceptible d'engendrer de tels phénomènes. Néanmoins, quand la réaction inflammatoire est à type polynucléaire et plus vive de ce fait, il s'agit alors d'infection secondaire qui

peut même, au dire de certains, amener la disparition des amas de lipoïdes.

L'observation de Bord est classique où l'on trouve une inflammation très marquée et localisée, à côté d'un segment vésiculaire frappé de cholestérose. L'inflammation détruirait alors l'aspect typique de la lipoïdose et peut lui succéder dans le temps après en avoir effacé toute trace.

Qui veut étudier avec plus de soin la cytologie de la vésicule fraise doit s'astreindre à préparer ses coupes selon des méthodes nouvelles : nous voulons parler ici de la méthode de *coloration au tanin argentique*, dite d'Achucarro, modifiée par del Rio Hortega. Sans entrer dans des détails techniques, il suffit de rappeler que la vésicule, aussitôt enlevée, doit être plongée dans le formol à 10 %, et après un délai minimum de deux semaines, sera pratiquée l'imprégnation tano argentique.

Il semble bien que le test le plus sensible des légères modifications protoplasmiques soit l'appareil mitochondrial et non l'altération nucléaire vite reconnue insuffisante pour l'explication complète d'un état pathologique. On n'en voudrait pour preuve que les recherches qui montrèrent à Scott que c'est le chondriome qui réagit avant toute modification nucléaire dans les lésions toxiques du foie et du pancréas. Il se fragmente peu à peu : de son aspect filamenteux il ne restera plus au terme de la dégénérescence que des gouttelettes graisseuses.

Les premiers travaux de POLICARD sur le chondriome des cellules de la vésicule biliaire assignaient comme caractéristique à la cellule épithéliale, les longues formations filamenteuses du chondriome. Le fait que ces formations se condensent électivement au deux pôles de la cellule évoquait l'idée d'une cellule bipolaire à double fonction d'excrétion et de sécrétion.

Les recherches modernes aboutissent à des conclusions fonctionnelles identiques, mais insistent sur la grande variété de forme des éléments du chondriome, un chondriome granuleux étant considéré, contrairement aux notions classiques qui le signalent à peine, comme d'une fréquence certaine.

Dans la *vésicule fraise* :

Le *chondriome est toujours extraordinairement abondant* avec une prédominance de formes filamenteuses; plus souvent qu'ailleurs on y rencontre des cellules allongées, étroites et comme laminées: « Stifzellen » des auteurs allemands, déjà signalées par POLICARD. Leur chondriome est serré, granuleux, quelquefois limité aux bords latéraux de la cellule, plus souvent concentré *dans sa partie moyenne et axiale*.

Dans quelques cellules le chondriome est uniquement constitué par l'*amas apical* et quelques grains autour du noyau.

D'autres présentent toute la *partie basale* farcie de granulations polymorphes rondes ou irrégulières, de différents calibres.

Ce qui est plus particulier, c'est l'extraordinaire abondance des *mitochondries filamenteuses* disséminées

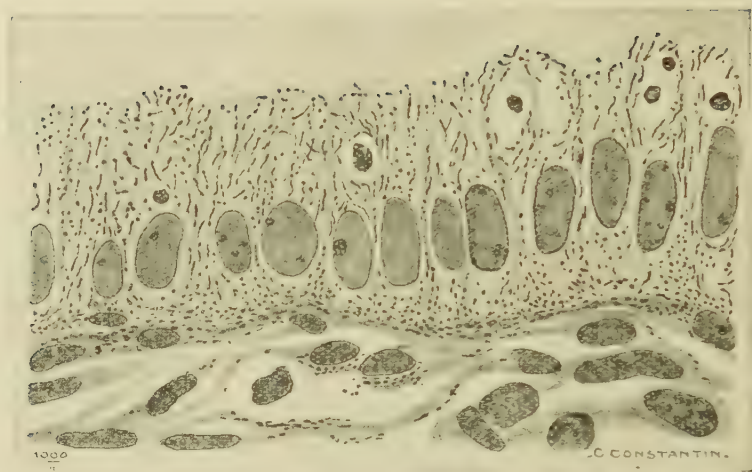


FIG. 17. — Vésicule fraise. Cellules avec imprégnation du chondriome péri-vasculaire.

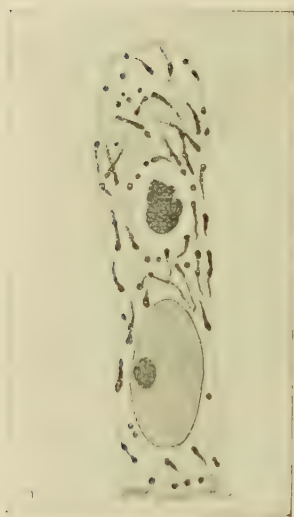


FIG. 18.
Vésicule fraise.
Une cellule isolée.



FIG. 19.
Vésicule fraise.
Chondriome filamenteux.
Groupement des éléments à la base de la cellule.



FIG. 20. — Vésicule fraise. Cellules avec chondriome granuleux limité aux parties apicales et basales de la figure.



FIG. 21 — Vésicule fraise. Vacuoles. Chondriome avec aspect étoilé dans la partie basale de la figure.

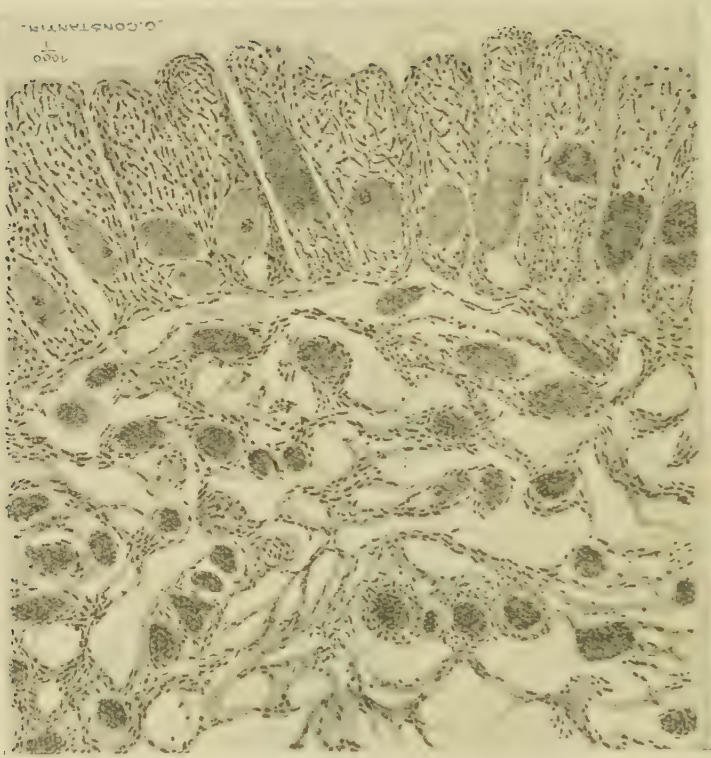


FIG. 22. — Vésicule fraise. Granulations et filaments disséminés dans le tissu réticulé du chorion.

dans le chorion et les mailles du *tissu réticulo-endothélial*. Ici l'infiltration est aussi intense dans les mailles conjonctives que dans l'épithélium ; or il n'y a jamais de trace de chondriome dans le chorion des cholécystites banales.

N'est-ce pas là la preuve de l'étonnante activité du tissu réticulo-endothélial dans les vésicules fraise.

« Il semble se produire dans le chorion un processus d'élaboration lipoïdienne extrêmement complexe aboutissant à la formation des *spongiocytes histiocytaïres*, les corps granuleux, prenant le Scarlach et le Sou-dan III, réduisant l'acide osmique et caractérisant par leur présence dans le chorion l'état de vésicule fraise, ne constituent que les manifestations histologiques les plus grossières de l'activité choriale. C'est par l'intermédiaire d'innombrables mitochondries disséminées dans ce système réticulaire que s'élabore la production des spongiocytes. Il semble que le chorion retrouve une activité glandulaire et que le tissu conjonctif témoigne de fonctions raghiocrines ». Ce sont là les conclusions personnelles de MM. BERTRAND et GONELLI.

Nature du lipoïde

Connaissant ainsi, de façon parfaite, l'histologie propre de la lipoïdose vésiculaire, on est en devoir de se demander, avant d'aborder l'étude des lésions associées : quelle est la nature du lipoïde qui infiltre ainsi le chorion ?

Il semble qu'ASCHOFF, dès le début de ses recherches

sur la lipoïdose, ait le premier entrevu la nature cholestérinique du lipoïde, grâce à sa biréfringence.

LICHTWITZ, en 1914, confirme par les caractères de coloration, les assertions de ses prédécesseurs.

En France, MM. GUY LAROCHE et FLANDIN, en 1912, identifient le lipoïde avec les éthers de la cholestérine.

Il est facile de confirmer ces notions quand on connaît les caractères propres du cholestérol.

Lipoïde aphosphoré, il donne un résultat positif au cours des réactions de HEINTZ et de SALKOWSKI.

En lumière polarisée, sous forme d'éthers, il s'illumine et ce fait lié à son caractère de biréfringence est un élément capital de reconnaissance.

Il ne s'agit certainement pas de cholestérine pure, mais d'un complexe riche en cholestérine. car le lipoïde découvert présente des formes de cristallisation et une température de fusion bien différentes de celles de la cholestérine.

L'accord est fait par l'ensemble des auteurs : ce complexe est dans la majorité des cas un *éther de la cholestérine*.

Mais il n'y a pas qu'une seule variété de lipoïde : il est, contenu dans des cellules identiques parfois, un *lipoïde phosphoré*, du type lécithine, aisément distingué par sa croix de polarisation caractéristique. En règle, il s'associe, quand il existe, au précédent en proportions variables.

Quant à la graisse sous-séreuse neutre, elle ne possède aucune de ces propriétés.

D'ailleurs, le taux comparatif du cholestérol dans la

vésicule normale et la vésicule lipoïdique vient à l'appui des constatations physico-chimiques.

Alors qu'il est de 0,51 à 1,7 % du poids sec dans la vésicule normale, il est dans la vésicule fraise de 34,6 à 60, 54 %, c'est-à-dire 50 fois plus élevé que le taux habituel.

Cette différence considérable a été mise en lumière par les dosages précis de BORD.

En résumé, la lipoïdose vésiculaire est une affection bien individualisée par des caractères anatomiques précis :

L'infiltration du chorion vésiculaire par des spongiocytes bourrés de lipoïde à type surtout d'éthers de la cholestérine.

A ce substratum commun répondent, nous l'avons vu, divers aspects macroscopiques.

Lésions associées

Ainsi délimitée, la lipoïdose est-elle susceptible d'exister seule ? Est-elle, au contraire, fréquemment associée à des calculs intravésiculaires, à des lésions annexes des organes voisins ?

La lipoïdose vésiculaire peut exister seule. Nombreux sont les cas cliniques où une malade fut opérée pour un syndrome bien caractérisé, et cependant chez elle l'intervention ne permit de découvrir qu'une lipoïdose isolée.

Il faut admettre que si cette lipoïdose, constatée par beaucoup à l'autopsie, peut évoluer sans se démasquer

par un épisode appréciable, à elle seule elle peut suffire à déterminer des troubles graves.

La vésicule lipoïdique est donc une vésicule pathologique. Pourrait-on dire parce que la lithiase elle-même n'est souvent qu'une découverte d'amphithéâtre qu'elle n'est pas de ce fait pathologique ?

Mais il est fréquent que la lipoïdose s'associe à diverses manifestations, au premier rang desquelles nous rangerons : les *calculs*.

a) LES CALCULS :

Certains chiffres sont particulièrement éloquents et montrent la fréquence relative de la rencontre : lipoïdose et calculs.

JUDD et MENTZER, en 1927, sur 1000 cas de cholestérose, en trouvent 500 avec calculs, et établissent la proportion moyenne de 50 %.

ILLINGWORTH, en 1929, base sur des chiffres moindres une statistique qui lui donne un résultat parfaitement identique :

17 cas avec calculs sur 35 observations. Ce qui donne ici encore 50 %

BERENDES, dans son travail fort documenté, s'écarte des proportions précédentes et publie les chiffres de 7 à 8 pour 100 n'ayant rencontré que 9 vésicules calculeuses sur 127 examinées.

Nous-même apportons 25 exemples de lipoïdose pure contre 31 associées à une lithiase. C'est donc pour nous aussi dans plus de la moitié des cas que se rencontrent des concrétions concomitantes.

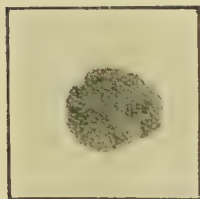


FIG. 23.
Un calcul muriforme.

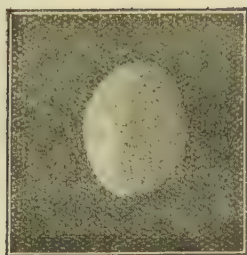


Fig. 24.
Un calcul solitaire
de cholestérine.



FIG 25. — Coupe passant par le centre du calcul précédent (Fig. 24).

Mais quelle que soit la fréquence des calculs associés, leur nature est à peu près toujours la même. Ils sont faits de cholestérine pure et ceci :

- dans tous les cas d'Illingworth ;
- dans la grande majorité des nôtres ;
- dans 7 cas sur 9 de Berendes.

On connaît l'aspect classique du *calcul cholestérinique*.

Muriforme et de grosseur variable, il peut avoir les dimensions d'une tête d'épingle ou celle d'une petite bille ;

On a pu, après dissolution de la cholestérine, y mettre en évidence une trame organique, une charpente albuminoïde ou reticulum collagène. Ce qui frappe c'est leur structure radiaire.

Quant à leur nombre, il est imprévisible. Tout peut se voir depuis le calcul solitaire jusqu'aux très multiples concrétions.

QUEL EST LE RAPPORT ENTRE VÉSICULE FRAISE ET CALCUL ?

Y a-t-il rapport de cause à effet ? Y a-t-il simple cohabitation fortuite ? C'est une question longtemps et vivement discutée. Pour nous, il *y a sûrement une relation étiologique étroite* entre les deux formations.

On sait qu'un grain jaune de la paroi vésiculaire peut se libérer et tomber dans la cavité du cholécyste, soit par rupture de son pédicule quand celui-ci est allongé et grêle, soit par déhiscence de la muqueuse parfois ulcérée quand le grain du chorion est sessile.

On observe en effet souvent dans la cavité des formations libres rappelant le dépôt intra-pariétal.



FIG. 26. — Infiltration pariétale d'une vésicule à calculs multiples (Obs. VII). Lipoïdose et lithiase.



FIG. 27
Léger aspect fraise de la muqueuse (Obs. XXV). Lipoïdose et lithiase.
Un calcul muriforme libre.



FIG. 28
Un gros calcul intra-pariétal.

Pourquoi ces formations ne seraient-elles pas : non un calcul en miniature, ni même un calcul à proprement parler, mais le noyau, le centre de cristallisation d'une future concrétion, d'autant plus aisément réalisée qu'il y a là une bile chargée en excès de la cholestérine que la muqueuse n'arrive plus à absorber. CHAUFFARD, dans ses leçons sur la lithiase biliaire, acceptait sans contester cette possibilité, que depuis plusieurs années notre maître M. GOSSET n'a cessé de défendre avec succès.

Il y a loin, en tout cas, entre un tel processus et les calculs intramuraux mentionnés dès les premières pages.

Cette conception du rôle préolithiasique possible de la vésicule fraise est actuellement admise dans de multiples articles étrangers. STEWART, BOYD, DELREZ la décrivent et en soutiennent le principe même.

Mais si un tel mécanisme dans la genèse du calcul est discutable, on peut prétendre que l'existence du dépôt intrapariétal vient sûrement troubler la physiologie du cholécyste et l'absorption des sels biliaires, ou encore que la lipoïdose est le reflet au niveau de la vésicule d'un trouble métabolique où le foie tient sa place, sécrétant un taux de cholestérine trop élevé pour les sels biliaires. En un mot qu'il y ait inversion du rapport $\frac{\text{sels biliaires}}{\text{cholestérine}}$ et la cholestérine se dépose, bâtit des calculs, n'étant plus maintenue en solution dans la bile. Si donc la lipoïdose ne crée pas la lithiase, elle en favorise l'apparition par sa présence,

Les belles expériences d'ANDREWS, HRDINA, DOSTAL et GOFF en font foi.

Faut-il s'étonner alors de rencontrer avec la lipoïdose :

soit un calcul isolé ;

soit de nombreux calculs.

Mais on sait qu'on peut trouver dans la vésicule des calculs mixtes, ou même des concrétions de bilirubinate de chaux ne relevant pas alors de la pathogénie invoquée.

KOPP est le seul à trouver associé avec fréquence à la lipoïdose un *calcul du cholédoque*.

C'est cependant sûrement en vérité une rencontre rare. Une de nos malades opérée de lipoïdose et guérie pendant 3 ans, présente actuellement tous les signes d'une lithiase cholédocienne. Il s'agit vraisemblablement d'une lithiase secondaire à l'intervention, et non d'une lithiase opératoirement méconnue. Cette seule possibilité indique le soin avec lequel il faut pratiquer dans tous les cas un rigoureux examen de la voie biliaire principale.

Nous n'aurions pas cité, à côté des calculs vésiculaires et cholédociens, d'autres lésions, si elles n'étaient signalées avec une grande fréquence dans les études étrangères. Nous voulons parler là :

de la pancréatite ;

de l'hépatite ;

et même de l'appendicite.

b) LA PANCRÉATITE :

Elle est considérée par certains comme associée fréquemment à la lipoïdose, sous une forme chronique.

On l'a reconnue à l'intervention par le palper, c'est un procédé infidèle et trompeur sans aucun doute, il suffit pour s'en convaincre de citer JUDD et MENTZER.

Ils trouvent ou croient trouver la pancréatite dans 11 % des cas sans calculs, dans 16 % des cas avec calculs. De tels chiffres leur permettent de conclure à la grande fréquence de l'atteinte glandulaire, mais dans les cas étudiés et découverts à l'amphithéâtre, la proportion baisse singulièrement et devient égale à 5 %

KOPP donne un pourcentage de 28 % mais sa statistique perd sa valeur quand on connaît la fréquence particulière de la lithias cholédocienne relevée dans ses observations.

Au cours de l'intervention, jamais la lésion pancréatique si elle existait ne fut assez manifeste dans nos cas pour que le palper la découvre. Elle n'est pas signalée dans nos comptes rendus opératoires, et cependant l'exploration fut toujours faite.

c) Quant à l'HÉPATITE ASSOCIÉE :

Il faudrait pour l'étudier logiquement faire lors de la laparotomie la biopsie hépatique systématique. Ce procédé, qui n'est guère actuellement de pratique courante, permettra peut-être dans l'avenir des constatations dont l'intérêt n'échappe à personne.

Nous ne l'avons vu réaliser qu'une fois, dans un des plus beaux cas de lipoïdose isolée que nous rapportons (obs. n° 25). Elle a montré un début de cirrhose avec infiltration leucocytaire péri-biliaire, et une surcharge graisseuse périportale, preuve certaine d'atteinte hépatique qui prendrait un intérêt plus grand encore si le prélèvement n'avait été fait au bord antérieur du foie tout près du lit vésiculaire. On peut discuter en effet alors l'éventualité d'une lésion hépatique locale, de voisinage. Nous n'y croyons guère cependant.

JUDD et MENTZER donnent encore des chiffres.

Il y aurait hépatite dans 21 % des cas sans calculs, dans 14 % des cas avec calculs.

Chiffres modestes, disent les auteurs, et qui cadrent avec l'hypothèse de l'origine non inflammatoire de la lésion hépatique, car s'il y a vraie cholécystite, l'hépatite s'associe à elle dans 90 % des cas.

On reste stupéfait de l'acharnement que mettent certains auteurs à rapprocher la lipoïdose vésiculaire et l'*appendicite*.

LINO n'hésite pas à édifier une pathogénie où l'*appendicite* est la première étape de l'affection.

GIULIANI va jusqu'à conclure « qu'aux lésions récentes de l'appendice correspondent les vésicules fraise et les adhérences péri-vésiculaires ; aux lésions anciennes de l'appendice, les calculs vésiculaires ».

Le bien-fondé de ces opinions ne nous apparaît nullement. Il n'y a sûrement entre lipoïdose et *appendicite*, quand elles coexistent, qu'un rapport de coïnci-

dence. La rareté avec laquelle l'appendice dut être enlevé dans nos 56 observations en fait foi.

De cette étude anatomo-pathologique un peu longue nous tirerons plus loin des arguments pathogéniques très gros, et qui éclaireront de façon certaine l'obscur problème, volontairement compliqué, semble-t-il, de l'origine de la lipoïdose vésiculaire.

Auparavant, nous dirons quelques mots de l'étiologie générale de l'affection.

ÉTIOLOGIE

ÉTIOLOGIE

Avant de chercher les facteurs qui paraissent présider à l'apparition de l'infiltration intrapariétale des lipoïdes, il faut s'attacher à préciser la fréquence relative de la lipoïdose vésiculaire dans le groupe des cholestécystites chroniques ou aiguës banales.

Fréquence

Ne tenant compte que des observations où un contrôle histologique rigoureux a été fait, nous arrivons à la conclusion que la vésicule fraise, prise dans un sens général englobant les cas particuliers, est une *affection rare*.

On pourrait s'étonner que, dans ces dernières années, la proportion en soit moins grande que dans les tout premiers temps de sa découverte. L'explication d'un tel fait est facile : on a appris au fur et à mesure à ne pas ranger, comme on l'a fait au début sous le nom de lipoïdose, des infiltrations de la muqueuse laissant intact le chorion et dépourvues de spongiocytes.

Dans l'ensemble, il n'est rencontré que 5 ou 6 cas

de lipoïdose sur 100 cas de cholécystite, et cette rareté évoque déjà l'idée qu'il ne doit guère y avoir de rapport de cause à effet entre lipoïdose et cholécystite, sinon, on ne comprendrait pas que l'une fut une curiosité quand l'autre est une banalité.

De notre pourcentage nous rapprocherons :

celui de KOPP qui trouve la vésicule fraise dans 11 % des cholécystites opérées ;

celui de CIOCCA qui donne la proportion de 6 % ;

celui de BERENDES surtout qui, élève d'ASCHOFF, dans son étude récente, aboutit à des chiffres comparables aux nôtres, puisqu'il trouve 127 vésicules en rétention lipoïdique sur 2.492 vésicules examinées, soit à l'intervention, soit à l'amphithéâtre.

Nous verrons plus loin les divergences flagrantes qui opposent aux nôtres, certaines statistiques américaines, quant au sexe atteint le plus volontiers.

Dès maintenant, l'ordre de fréquence de la vésicule fraise est aussi bien différent dans les travaux américains.

A telle enseigne que MAC CARTHY donne dans son étude initiale le taux de 22 %.

MENTZER celui de 22 % quand il s'en tient aux cas opérés, de 32 % quand il joint ceux découverts à l'autopsie.

ILLINGWORTH celui de 21 %.

En France, nous rapprocherons de ces données parfaitement en désaccord avec les nôtres les chiffres de 18 % donnés par LECÈNE et MOULONGUET dans leur classique article « sur une variété de cholécystite légère : la vésicule dite fraise ».

Nos constatations, reposant sur un ensemble de pièces anatomiques examinées par le même anatomo-pathologiste, et ceci depuis plusieurs années, nous permettent d'affirmer que la lipoïdose vésiculaire est une manifestation peu commune. C'est pour nous un point essentiel, sur lequel il faut demeurer intransigeant.

*
* *

Deux faits dominent l'étiologie de la lipoïdose. On ne s'attache pas assez peut-être à les mettre en évidence.

Sexe.

La lipoïdose est une affection qui frappe en premier chef *la femme*, et nous dirions volontiers même qu'elle la frappe exclusivement.

Sur nos 56 observations : pas une ne concerne le sexe masculin, et c'est une proportion de 100 % qu'il faut admettre.

Ce n'est pas une notion qui nous est personnelle ; constatons cependant que nulle part on ne trouve pareil absolutisme.

Certains chiffres en effet sont très proches des nôtres.

KOPP, par exemple, sélectionnant dans les 38 cas qu'il publie, les 12 cas de lipoïdose pure sans calculs aboutit à un résultat semblable. Ses 12 cas concernent uniquement des femmes.

LINO sur 18 cas de lipoïdose compte 16 femmes et 2 hommes.

FICHERA sur 11 cas ; 2 hommes et 9 femmes.

Mais à l'opposé de ces données concordantes, on peut citer des chiffres troublants d'autant qu'ils sont basés sur des statistiques plus importantes.

JUDD et MENTZER, en 1927, admettent que la fréquence de l'affection est très voisine dans les deux sexes. Ne prenant en considération que les cas sans calculs, ils les rencontrent :

dans 60 % des cas chez la femme ;

dans 40 % chez l'homme.

ILLINGWORTH vient renforcer l'opinion émise par les précédents auteurs. A le croire, la lipoïdose se voit aussi souvent chez l'homme que chez la femme.

Comment concilier ces points de vue extrêmes ? Il nous est difficile de conclure, à moins de faire jouer, comme l'ont voulu certains, un rôle à la race ou mieux au mode alimentaire dans le déterminisme de l'infiltration. Il faudrait admettre plutôt que tous les chirurgiens ne sont pas parfaitement d'accord sur le critérium anatomique permettant de dire lipoïdose vésiculaire, et qu'une interprétation erronée au départ fausse les résultats.

Age.

La question de l'âge électif de l'affection n'est pas obscurcie par ces données contradictoires.

L'âge moyen de nos malades est entre 35 et 50 ans. En cela nous sommes d'accord pour ne citer que quelques travaux de base avec KOPP et plus près de nous, BERENDES en Allemagne, avec JUDD et MENTZER, outre-Atlantique.

Il n'y a pas là d'ailleurs d'exclusivité absolue, car BERENDES a rencontré un cas typique de lipoïdose chez une malade de 16 ans, JUDD chez une malade de 19 ans.

Les mêmes auteurs ont rapporté également les observations de sujets âgés respectivement de 81 et 72 ans.

Ces données nous amènent à noter que la lipoïdose, qui frappe surtout et peut-être même uniquement la femme, se voit chez elle aux environs de la ménopause de préférence.

Il n'est d'ailleurs pas que l'âge et le sexe qui jouent dans l'apparition de cette infiltration lipoïdique locale

Influence de la vie génitale.

Les épisodes de la vie génitale ont un rapport certain qui n'a pas échappé aux observateurs, et parmi ceux-ci, en premier lieu, la grossesse tient une place importante. Il n'y a là rien qui surprenne et c'est en s'excusant que l'on rappelle avec quelle fréquence on peut noter un épisode gravidique dans le passé des lithiasiques.

Il est bon nombre de nos observations où l'on retrouvera dans le passé de la malade une ou plusieurs grossesses ; parfois même c'est à l'occasion ou à la suite de l'une d'elles que la première crise douloureuse est apparue.

Dans les articles étrangers ces rapports sont également signalés.

45 % des malades de JUDD et MENTZER avaient eu une gestation.

6 sur 18 des malades de LINO.

Nous bornons là l'énumération fastidieuse des chiffres

qu'on multiplierait sans peine, mais aussi sans nouveau profit.

S'il est classique d'insister sur le rôle possible de la gravidité, aucun auteur par contre ne relève le rapport curieux de la *ménopause*, anticipée et chirurgicale quelquefois, spontanée et à son heure plus souvent, avec l'apparition des troubles qui mèneront à la découverte de la lipoïdose.

On connaît suffisamment le rôle de l'ovaire dans le métabolisme lipoïdique pour saisir sur le vif l'intérêt de ces constatations et la part qu'on peut en tirer pour échafauder une pathogénie.

Tout près de l'influence de la vie génitale, il faut ranger celle des échanges nutritifs et des combustions internes dont le reflet apparent est l'habitus extérieur des malades.

Le nombre de comptes rendus opératoires est grand où l'opérateur signale l'épaisse couche adipeuse pariétale qui l'a gêné au cours de l'intervention.

Quant au rôle des maladies infectieuses préexistantes, il est pratiquement nul. Ici on ne retrouve pas, avec la fréquence classique chez les lithiasiques, la typhoïde si souvent incriminée.

En résumé : la lipoïdose nous apparaît comme une affection :

propre au sexe féminin ;

le frappant avec choix entre 40 et 50 ans ;

apparaissant souvent enfin soit à l'occasion d'un épi-

sode gravidique ou génital, soit secondairement à lui ;

soit dans un tableau déjà expressif d'un trouble métabolique général.

PATHOGÉNIE

PATHOGÉNIE

Entreprendre d'éclaircir la pathogénie de la lipoïdose vésiculaire, c'est aborder un problème ardu. Il ne manque en effet pas de travaux et de recherches expérimentales sur ce point particulier. Bien des auteurs ont réalisé ou prétendent avoir obtenu des vésicules fraise, mais le désaccord est si grand, la différence si marquée entre les diverses méthodes imaginées pour aboutir à l'infiltration lipoïdique, qu'il est difficile de faire un choix et d'opter pour une opinion. Nous ferons d'abord, pas à pas, l'analyse succincte des différentes tentatives. Pour les interpréter, il est utile d'avoir auparavant sur la physiologie vésiculaire des données stables et certaines.

Notions de physiologie vésiculaire : absorption ou excrétion du cholestérol ?

A la conception paresseuse d'une vésicule simple réservoir passif, tout le monde admet aujourd'hui qu'il faut substituer la conception d'une vésicule à pouvoir contractile et concentrateur. Dans son séjour vésicu-

laire, la bile se voit privée d'une partie de son eau. Ainsi se trouvent concentrés les différents éléments qu'elle renferme.

Ce sont là notions claires, sûrement acquises, mais un problème essentiel se pose : la vésicule absorbe-t-elle ou sécrète-t-elle le cholestérol biliaire ? C'est là un point capital car il a semblé à juste titre aux auteurs que la clef de la pathogénie de la lipoïdose était dans la solution de ce dilemme.

On ne peut manquer d'être surpris, quand on l'aborde, de l'ignorance où nous sommes encore sur la fonction vraie du cholécyste. Comme par le passé, partisans de la sécrétion, défenseurs de l'absorption se heurtent de façon presque irréductible avec force arguments et chiffres.

Il n'est pas certain qu'on puisse les départager d'une façon catégorique, d'autant que l'histologie en montrant la bipolarité de la cellule épithéliale, nous apprend à modérer notre ambition dans la recherche d'un absolu qui, peut-être, n'est pas.

Il semble bien qu'ASCHOFF soit, en 1906, le premier défenseur de la résorption cholestérinique par la muqueuse vésiculaire. Injectant dans des vésicules de chien de la cholestérine et des corps gras, il prouvait, par l'examen au microscope des coupes de paroi vésiculaire, l'absorption des graisses par la muqueuse. Mais, il ne pût jamais identifier la cholestérine elle-même parmi ces matières accumulées, aussi comme le font remarquer parfaitement MM. CHIRAY et J. HESSE, « il concluait que le mélange des graisses et du cholestérol se

décompose, que seules les graisses peuvent être résorbées et que la cholestérine formée peut-être aux dépens de ces graisses serait restituée à la bile vésiculaire ». Une telle résorption aboutirait donc, en fin de compte, à une excrétion partielle.

Quelques années plus tard, en 1914, POLICARD, arguant de la présence du cholestérol dans la région basale des cellules de la muqueuse du cholécyste, conclut aussi à l'absorption.

TORINOUMI, liant le cystique, comparant le taux en cholestérine de la bile avant et quelques jours après la ligature et ne tenant compte que des expériences où lors du dernier prélèvement biliaire la paroi vésiculaire ne présentait aucune réaction inflammatoire, arrivait à des conclusions identiques : il y a absorption de cholestérine par la paroi du cholécyste, mais à un faible degré. Il émit alors l'hypothèse suivante : la cholestérine circule intimement liée à d'autres lipoïdes si bien qu'on ne peut en déceler la présence réelle par ses propriétés colorantes ou physiques habituelles.

ILLINGWORTH, renouvelant récemment ces tentatives sur des chats étaye de façon formelle l'opinion de ces auteurs.

A l'opposé, dans ces dernières années en France surtout, MM. CHAUFFARD, GUY LAROCHE et GRIGAUT suivis au début des discussions sur l'origine de la vésicule fraise par M. A. GOSSET et ses collaborateurs, MM. LEWY et MAGROU défendaient la sécrétion par la paroi vésiculaire du cholestérol biliaire.

Les premiers, en se fondant sur l'existence dans l'épi-

thélium vésiculaire des corpuscules biréfringents qui seraient signes d'excrétion.

Les seconds, pour justifier la présence dans la paroi cholécyste des amas lipoïdiques et la naissance à leurs dépens de certains calculs de cholestérine.

Ainsi se posait le problème de l'excrétion ou de la résorption cholestérinique. De nouvelles données expérimentales récentes sont venues remettre à l'ordre du jour un débat non conclu.

Données expérimentales nouvelles.

Il est un animal d'expérience de choix par la topographie de ses canaux biliaires : c'est le chien. Chez lui en effet il n'est pas impossible d'isoler en deux segments le canal cholédoque de telle sorte que le segment supérieur draine toute la bile influencée par son passage vésiculaire, et que dans le segment inférieur circule une bile d'origine directement hépatique.

La dissection des canaux permettra de séparer le territoire hépatique dont chaque portion est tributaire et de rapporter ainsi au poids correspondant de foie dont elles proviennent les quantités respectives de bile recueillie.

Dans le laboratoire de la Salpêtrière des expériences ont été poursuivies par le Dr LEWY, comparables en bien des points à celles décrites par ELMAN, GRAHAM et TAUSSIG en Amérique.

Dans un premier groupe de tentatives, comparaison fut faite entre la bile vésiculaire prélevée par cathétérisme du cystique ou ponction vésiculaire avec la bile

hépatique pure obtenue par drainage de la partie inférieure du cholédoque, la vésicule étant exclue de ce segment inférieur par ligature cholédocienne au-dessous du canal cystique.

On objecta vite que, dans ces conditions, il se fait une pénétration forcée de la bile dans le cholécyste. Or, rien ne permet d'apprécier le retentissement, sur la sécrétion hépatique de cette bile, de la pression rétrograde ainsi produite dans le segment supérieur de la grande voie.

Malgré des résultats favorables à l'absorption, dans l'ensemble, on ne peut tenir compte des chiffres obtenus.

C'est pour obvier à cet argument de valeur que de nouvelles expériences furent réalisées.

Après évacuation et lavage de la vésicule par cathétérisme du cystique, les biles des deux tronçons cholédo-ciens obtenus par ligature furent séparément recueillies par double drainage, aucun obstacle ne s'opposant au libre écoulement. On peut considérer comme physiologiques les liquides examinés.

Ici pas de ponction vésiculaire, pas de cathétérisme répété du cystique et, ne tenant compte que des expériences où l'absence de réaction inflammatoire était certaine on pouvait écrire « qu'après correction de la fonction de concentration du cholécyste, la comparaison du taux en cholestérol de la bile hépatique pure et de celle à périclé vésiculaire est en faveur de l'absorption du cholestérol par la muqueuse de la vésicule ».

Or, ces données s'opposent étrangement aux résultats publiés par ELMAN et GRAHAM. Nous ne reprendrons pas le protocole de leurs expériences. Elles nous sem-

blent viciées à leur base parce que l'inflammation s'y est mêlée plus d'une fois. Loin de redouter le trouble qu'elle peut apporter, ELMAN constate même que toujours l'augmentation du taux en cholestérol est plus marquée quand l'inflammation existe.

En matière d'expérimentation hépato-biliaire, il semble que le jeu vésiculaire normal soit aisément modifié. N'a-t-on pas montré en effet qu'il suffit d'une ponction vésiculaire suivie de ligature de l'orifice, même faite avec l'asepsie la plus rigoureuse pour déterminer un épaissement d'aspect inflammatoire de la paroi, l'adhérence du cholécyste aux organes voisins.

Ne sait-on pas que la seule ligature du cystique suffit à entraîner l'inflammation de la vésicule. ANDREWS et SCHONHEIMER y insistent.

Pour nous, dans l'état actuel des choses, il nous semble qu'il faut *revenir à la vieille conception de l'absorption muqueuse du cholestérol*.

Admettre cette absorption n'est pas résoudre la question de l'origine de la lipoïdose, car il n'est pas jusqu'à la nature du lipoïde pariétal qui ne soit discutée, nous l'avons vu.

Ce n'est pas non plus porter atteinte à la conception d'une lipoïdose, stade avant-coureur de la lithiase. Absorbé ou sécrété le lipoïde, accumulé dans les mailles du chorion, pourra toujours par le processus de pédiculation de la villosité qui le porte, de desquamation de la muqueuse qui le recouvre, tomber dans la cavité vésiculaire et devenir là le noyau d'une concrétion cholestérinique.

Changer le sens de circulation du cholestérol n'est pas ruiner la théorie de l'origine vésiculaire de la lithiase.

Telles sont les données physiologiques.

Etude critique des pathogénies proposées

Les diverses pathogénies proposées se classent d'elles-mêmes en s'opposant. Parmi elles, certaines en effet voient, pour la genèse de la lipoïdose, la nécessité absolue d'un processus inflammatoire.

D'autres n'y mêlent, au contraire, nullement l'inflammation pariétale ou locale endovésiculaire.

Théories inflammatoires.

C'est en se basant sur l'analogie qu'il y aurait entre les grains jaunes caractéristiques de la lipoïdose vésiculaire et les nodules blancs jaunâtres, qu'on rencontre sur la muqueuse de certaines salpingites chroniques, dites par d'aucuns « salpingite fraise » que LECÈNE et MOULONGUET ont échafaudé leur pathogénie inflammatoire.

Ils admettent, après examen microscopique que les éléments constituant des amas lipoïdiques sous-épithéliaux sont des « leucocytes en dégénérescence graisseuse » et qu'il s'agit-là, dans l'un comme dans l'autre organe, d'un « phénomène banal », commun à d'autres viscères de l'organisme quand une inflammation suppurative est en voie de régression.

Pour eux d'ailleurs, ce rapprochement n'est pas le

seul fait légitimant l'hypothèse de nature inflammatoire de l'aspect lipoïdique.

Sans parler de l'étude clinique qui montre chez leurs malades l'existence de clochers fébriles avec une fréquence qui s'éloigne étrangement des chiffres que nous donnerons plus loin, l'étude histologique du reste de la coupe ne tend à prouver rien d'autre que l'infection.

Ne faut-il pas, en effet, voir des traces de celle-ci dans l'épaississement de la couche cellulaire sous-séreuse, dans l'aspect blanchâtre des parois vésiculaires, et peut-être encore plus dans les lésions de l'épithélium lui-même. A son niveau, en effet, les auteurs constatent tantôt la transformation en cellules cubiques des cellules normales, tantôt des modifications adénomateuses pseudo-glandulaires.

Il est aisé de se rendre compte par lecture comparative de notre description anatomo-pathologique personnelle, des oppositions formelles qui se dressent. On sait en effet que l'aspect des cellules à enclaves lipoïdiques vues sur nos pièces est loin de l'aspect de la dégénérescence, et que l'intégrité de la muqueuse apparaît un fait presque constant. Il ne s'agit sûrement pas de « leucocytes en dégénérescence graisseuse », car pour pouvoir parler de dégénérescence il faut, selon une définition élémentaire, que l'apparition de substances grasses soit contemporaine de lésions dégénératives de la cellule. Ce n'est certes pas le cas de la vésicule fraise.

N'y a-t-il alors aucun point de contact entre la vésicule fraise et salpingite dite fraise, et mieux décrite

par DANIEL et BABÈS sous le nom de salpingite xanthomateuse ou encore xanthome de la trompe utérine? Si fait, car ici non plus il ne s'agit pas de cellules en dégénérescence mais bien de volumineuses cellules spongieuses, donnant avec le Scarlach, les réactions colorées des lipoïdes, et dont on a pu prouver aussi la nature cholestérinique.

C'est leur groupement dans l'épaisseur du chorion qui vient soulever la muqueuse salpingienne en franges parfois turgescents. Cette infiltration spongiocytaire accompagnant des lésions de salpingite chronique certaine est-elle ici sûrement en rapport direct et conséquence de l'inflammation? Rien ne permet de l'affirmer. Il semble plutôt que l'inflammation, aboutissant à une désintégration tissulaire, ait libéré des corps gras, et le voisinage de l'ovaire explique la présence à ce niveau de formation lutéïnes, riches en cholestérol. Pour assurer la résorption de ces produits, la réaction spongiocytaire apparaît, tout comme apparaît dans les processus aseptiques de désintégration nerveuse les corps granuleux, « phagocyte le mieux caractérisé comme l'attestent ses inclusions lipoïdiennes », mais dont personne n'a jamais soutenu la nature inflammatoire.

Ainsi s'explique la rareté, malgré la fréquence de l'infection salpingienne de ce xanthome tubaire, qui n'est pas le témoin d'une réaction microbienne, mais celui d'une réaction générale de certains éléments du tissu conjonctif devant l'excès lipoïdique, comme nous le verrons dans quelques instants,

C'est aussi, parce que l'examen histologique de 5 cas sur 6 pièces examinées leur a montré une inflammation à type polynucléaire, que MM. CHIRAY et PAVEL adoptent la théorie inflammatoire. Mais l'épithélium leur ayant paru intact dans l'ensemble, ils admettent alors qu'il s'agit d'une forme spéciale d'inflammation s'opposant au libre écoulement lymphatique et réalisant l'hypercholestérinémie locale, ce ne sera là souvent d'ailleurs qu'un stade passager, car la stase inflammatoire une fois disparue lui succède une stase mécanique d'apparence aseptique.

Nous en serions réduits à admettre que les lipoïdoses que nous avons eu l'occasion d'examiner étaient déjà en grande majorité au stade mécanique, et que l'inflammation préexistante avait réussi à disparaître sans laisser de trace.

C'est encore pour défendre et prouver le rôle de l'inflammation pariétale au départ de la vésicule fraise que l'on s'est attaché à déceler dans la bile ou dans la paroi elle-même un germe quelconque ou spécifique.

Des cultures de bile ont été faites, mais on sait trop actuellement le peu de valeur qu'il faut leur attribuer pour que nous y insistions.

Si la bile est prélevée par tubage duodénal, une culture positive peut être liée à une inoculation indirecte, une culture négative au pouvoir bactéricide de la bile ou à l'existence discutée d'une bactéricidine duodénale activée peut-être par la bile elle-même.

Recueillie directement dans une vésicule extirpée

chirurgicalement, c'est dire aseptiquement, la culture peut être négative encore en raison du pouvoir inhibiteur maximum de la bile vésiculaire concentrée et de fait elle se montre stérile dans la plupart des cas de cholécystite chronique chez l'homme, comme l'a montré WILKIE.

Aussi ne peut-on recourir dans l'étude de la bactériologie des affections vésiculaires qu'à la *culture de la paroi du cholécyste*. Encore ne faut-il pas faire une culture totale mais bien une culture partielle, ou mieux comme y ont insisté Wilkie et Rosenow, une culture de la paroi dépourvue de la muqueuse qui suffit par elle seule à inhiber les microbes pathogènes.

C'est en adoptant la culture de la paroi après grattage de la muqueuse, ou la culture d'un ganglion cystique dans les rares cas où ils l'ont rencontré que E. STARR JUDD et ALLEN C. NICKEL ont cultivé les fragments de soixante-cinq vésicules fraise.

Sur celles-ci, quarante-six sont restées stériles, c'est-à-dire 71 % des cas.

C'est là une proportion considérable.

Des 19 autres vésicules :

9 ont donné naissance à des streptocoques ;

7 à des colibacilles ;

3 à des staphylocoques blancs.

Ainsi donc environ 30 % des cultures ont poussé, venant prouver que la vésicule lipoïdique pourrait être une lésion septique. Mais les auteurs ajoutent à ce propos que dans la plupart des cas où une culture positive

fut obtenue il y avait associé un facteur de complication telle que :

- un calcul dans le cystique ;
- un calcul dans la voie biliaire principale ;
- une périhépatite suffisante pour être notée lors de l'intervention.

De cette statistique éloquente, nous pouvons rapprocher celle d'ILLINGWORTH :

Sur vingt-une cultures :

- 16 restent stériles ;
- 3 donnent du streptocoque ;
- 2 donnent du colibacille.

Il y a un parallélisme indiscutable entre les chiffres de ces différents auteurs.

Ainsi, à vouloir trop prouver la théorie inflammatoire on la ruine, car on ne voit pas bien ce qui plus que des cultures pariétales négatives allant de pair avec l'absence de réaction inflammatoire histologique permettrait d'affirmer la genèse aseptique du processus. Ajoutons que, par contre, la grande majorité des cultures de paroi faites aux dépens de vésicules atteintes de cholécystites aiguës ou subaiguës sont positives et renferment avec une fréquence remarquable un streptocoque.

On trouve encore dans la littérature étrangère d'autres partisans de l'infection. La pauvreté de leurs arguments témoigne des difficultés qu'ils rencontrent à étayer leur opinion.

CICCHELO, en Italie, soulève l'hypothèse gratuite du rôle d'un *virus filtrant*.

KOPP, en Allemagne, LINO, en Italie, voient dans la cholestérose une complication de l'*appendicite préexistante*, et invoquent pour l'expliquer la voie lymphatique aberrante de BRAITHWAITE allant de l'angle iléo-cæcal à la vésicule. Tout en reconnaissant d'ailleurs que ce courant lymphatique n'existe que dans 5 ou 6 % des cas, c'est tout dire.

Théories non inflammatoires.

L'absence de preuves formelles en faveur de la théorie infectieuse a fait naître par opposition nombre de théories qui visent à prouver la genèse aseptique de la lipoïdose.

Nous rappellerons en premier lieu que PICCALUGA prétend réaliser la vésicule fraise chez le chien par introduction d'un ballon en verre dans le cholécyste incisé au niveau de son fond. Espère-t-il, en le laissant en place un temps variant de quelques jours à plusieurs semaines, provoquer l'infiltration lipoïdique par simple irritation mécanique, ou par stase ? Faute de pouvoir lire quelques coupes histologiques des pièces ainsi réalisées, et d'y voir le critérium anatomique que l'on sait, il est impossible d'attacher quelque valeur à pareille tentative. On s'étonne d'ailleurs que la tolérance vésiculaire soit telle et que la mise en place d'un corps étranger de cet ordre n'entraîne pas fatalement d'inflammation pariétale.

Sans s'attarder à discuter des expériences aussi peu

fondées, il convient d'apprécier le rôle que d'aucuns veulent faire jouer à la *stase* pure dans l'origine des dépôts lipoïdes.

Cette influence possible de la *stase*, nul mieux que LECÈNE ne l'a invoquée. A lire en effet les quelques pages consacrées aux cholécystites dans son ouvrage de Thérapeutique Chirurgicale, on n'est pas peu surpris d'y relever les phrases suivantes :

« Il est enfin certaines vésicules normales d'aspect, dont la paroi ne présente aucune lésion histologique d'ordre infectieux. L'épithélium est intact ; au-dessous de lui on trouve souvent des amas de substances lipoïdes, heureusement comparées aux akènes de fraise mûre ; mais ce ne sont pas plus là des lésions infectieuses que ne l'est le xanthélasma des paupières si fréquent chez les hépatiques. Est-on autorisé à considérer comme cholécystites chroniques des vésicules présentant de pareilles altérations ? Je crois préférable de les appeler simplement vésicules avec *stase biliaire* ».

Ne sommes-nous pas loin des lésions précédemment décrites ? Or il s'agit d'articles parus la même année à quelques mois d'intervalle.

Il n'est nullement prouvé qu'il y ait un rapport de cause entre la *stase* et la lipoïdose vésiculaire.

La bile noire retirée par ponction n'indique pas tant la *stase* qu'une exagération de la fonction de concentration du cholécyste.

Ne sait-on pas, nous le dirons à plusieurs reprises lors de l'étude radiologique, qu'injectée au tétraiode puis sollicitée dans sa contraction par un repas riche

en graisse, la vésicule lipoïdique se vide dans des délais presque réguliers.

On a fait remarquer aussi que, dans les cancers pancréatiques, la dilatation vésiculaire classique réalise un beau type, expérimental pourrait-on dire, de stase. Or, jamais à notre connaissance ne fut trouvée, dans ces conditions, d'infiltration lipoïdique pariétale.

Qui pourrait dire d'ailleurs, au cas où l'opérateur découvre une vésicule tout à la fois infiltrée et statique, lequel des deux processus a engendré l'autre.

Qu'admettre alors, sinon qu'à la base de l'infiltration est un *phénomène* qu'on qualifierait volontiers de *physico-chimique*.

C'est en vain que l'on a cherché à réaliser par *hypercholestérinémie provoquée* la rétention lipoïdique.

KATE DEWEY, en 1916, suivie par ZINZERLIN en 1923, MENTZER en 1926, enfin BLAISDELL et CHANDLER n'ont jamais obtenu qu'un engorgement de l'épithélium vésiculaire, sans déclancher la réaction histologique qui, pour nous, est le critère indispensable.

BERENDES, analysant la bile des lipoïdoses qu'il étudie, montre la présence dans celle-ci d'éthers de la cholestérine, absents à l'état normal. Manque-t-il, dans ce cas, un ferment éthérolitique comme TANHAUSER le suppose volontiers ? peu importe. Il n'est alors pour comprendre la lipoïdose que d'admettre un ralentissement dans la résorption des éthers cholestériniques. La stase lymphatique y suffit ; elle peut exister, affirme BERENDES, sans participation inflammatoire, mais il ne dit pas ce qui la déclanche.

Nous verrons à l'étude clinique les variations du taux de la cholestérinémie d'une observation à l'autre. Que savons-nous de la *cholestérinochole* ? c'est qu'il n'y a pas de rapport absolu entre elle et la cholestérinémie. M. CHABROL a pu écrire : « les plus fortes cholestérinocholies correspondent non aux cholestérinémies les plus élevées, mais à celles sensiblement voisines des chiffres physiologiques ». Il semble que l'on doive *admettre qu'une forte cholestérinochole favorise l'infiltration* du chorion, on n'en voudrait pour preuve que l'apparition assez fréquente de la lipoïdose après une ou plusieurs grossesses. On sait, en effet, et les recherches allemandes l'ont montré par le tubage duodénal, que le taux de la cholestérine biliaire est anormalement élevé après l'accouchement. Le rôle de la ménopause est peut-être de même ordre par le trouble qu'elle apporte à la fonction ovarienne. Mais cette hypercholestérinochole vraisemblable suffit-elle ?

Théories mixtes.

Ainsi, de même que s'opposent sur le chapitre de la physiologie vésiculaire les partisans de l'absorption ou de la sécrétion cholestérinique, de même se heurtent pour éclairer l'origine de la lipoïdose les défenseurs de l'inflammation et ceux de la genèse aseptique. On en vient à se demander, sans soupçonner la compétence certaine des différents auteurs, s'ils comprennent vraiment sous le nom de vésicule fraise des états pathologiques identiques.

ILLINGWORTH est le seul qui, frappé de ces divergences,

ait cherché à réaliser la lésion en associant les deux processus.

Après avoir soumis des lapins pendant huit jours à un régime riche en cholestérine, il injecte dans la paroi vésiculaire avec une fine aiguille une goutte ou deux d'une culture diluée de streptocoques, isolés depuis de longs mois de la paroi d'une vésicule chroniquement enflammée, et de virulence atténuée. L'alimentation cholestérinique est poursuivie.

Quelques semaines après il sacrifie l'animal ; la vésicule présente l'aspect caractéristique de la lipoïdose et ceci aussi bien à l'œil nu que sur les coupes.

L'auteur conclut que l'inflammation légère est indispensable à la production de la rétention lipoïdique.

Sans contester la valeur de ces belles expériences, nous pensons que l'examen des coupes ne montrant aucune réaction inflammatoire, il n'est pas prouvé que l'injection ait eu d'autre rôle que celui d'irritation chimio-toxique, parvenant à bloquer le système d'absorption vésiculaire. Nous y reviendrons.

Etude comparative des autres lipoïdoses

Mieux que d'essayer de reproduire la lipoïdose par tel ou tel procédé discutable dans son action, nous avons d'abord cherché à la rattacher aux autres infiltrations lipoïdiques connues dans l'économie, et à en déduire si possible par comparaison la genèse.

Depuis plusieurs années déjà, notre maître, M. A. GOSSET, a attiré l'attention sur les similitudes étonnantes

qu'il y a entre les aspects histologiques de la vésicule à aspect fraise et le *xanthome cutané*, dont le xanthélasma plan des paupières n'est qu'une variété parmi tant d'autres.

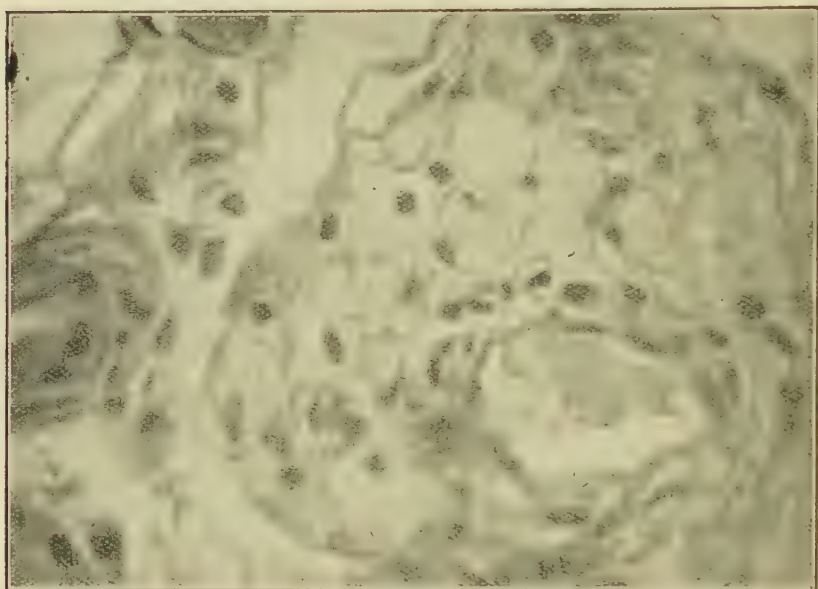


FIG. 29. — Xanthélasma. Spongiocytes à topographie périvasculaire.

Ici en effet se rencontrent des cellules polyédriques à protoplasma vacuolisé, spumeux : cellules xanthélasamiques de Chambard, homologues des « foamy cells » des Américains. Des lipoides y sont contenus, dont certains biréfringents à la lumière polarisée, se révèlent éthers de la cholestérine ; d'autres obscurs, et le restant quand on croise les nicols, sont des graisses ordinaires sans plus.

Si la cholestérinémie peut y être élevée, souvent aussi elle est normale.

Enfin sur des animaux suralimentés en lipoïdes, l'expérimentation a pu faire apparaître un xanthome localisé au point de piqure d'une injection sous-cutanée aseptique.

Ce rapprochement incontestablement légitime et troublant est signalé avec attention par maints auteurs étrangers. C'est ainsi que STEWART, ILLINGWORTH, BÉRENDES, non seulement le discutent, mais l'admettent.

Est-il le seul qu'on puisse faire ? Nous ne le pensons pas : mais il faut alors savoir puiser des termes comparatifs dans la pathologie médicale proprement dite. On sait que l'attention s'est portée tout particulièrement dans ces derniers temps sur une série d'affections, jusqu'alors peu connues, inexpliquées même. Certes elles sont bien étrangères à la vésicule fraise, mais y a-t-il encore un rapport clinique entre la lipoïdose vésiculaire et les lipoïdoses cutanées ? Leur lien commun est l'anatomie pathologique et c'est bien là l'essentiel.

Déjà COGNIAUX, dans un travail récent sous l'impulsion de M. LERICHE, avait été frappé de l'analogie histologique qui existe entre la *maladie de Gaucher* et la vésicule à dépôt lipoïde.

Chacun sait que l'on peut donner de la maladie de Gaucher une définition schématique : elle répond à une splénomégalie primitive avec troubles du métabolisme des corps gras et des pigments.

Anatomiquement, on la reconnaît à la présence de cellules dites de Gaucher, longtemps prises pour des

cellules épithéliomateuses, actuellement reconnues comme cellules d'un système dit réticulo-endothélial, transformées et infiltrées par un lipoïde. Ici d'ailleurs c'est d'un complexe lipoprotéique qu'est fait le dépôt.

Mais peu importe ; ce qu'il faut retenir : c'est l'aspect semblable des coupes sous le microscope ; c'est la localisation possible du processus en certains points de l'organe, laissant des zones apparemment saines ; c'est la valeur de la splénomégalie qui traduit ici l'infiltration du système réticulo-endothélial par un produit né du métabolisme troublé des lipoïdes de l'organisme.

Il semble bien que personne n'ait poussé plus loin cette comparaison qui, d'un point de vue général, prend une singulière portée.

Il est, voisine de la maladie de Gaucher, par son substratum anatomique, une affection rare certes, mais dont les exemples se multiplient chaque jour, c'est la maladie de *Niemann Pick*, dite aussi splénomégalie lipoïdo-cellulaire. Frappant l'enfance, vite grave par son athrepsie cachectisante, elle répond aussi à l'infiltration des cellules réticulaires de la rate et d'autres organes par un mélange de graisse neutre, de cholestérine et de phosphatides.

D'elle on peut rapprocher, parce que sous le signe aussi d'un trouble du métabolisme lipoïde, la maladie dite de *Christian-Schuller*, dénommée xanthomatose cranio-faciale.

C'est ROWLAND, en 1928, qui montra, dans ce syndrome caractérisé par des lésions osseuses craniennes

et des troubles du développement, l'existence de l'hypercholestérolémie.

Histologiquement, il s'agit d'une disparition du tissu osseux normal remplacé par des cellules xanthomateuses à inclusions lipoïdiques. Les lipoïdes inclus sont surtout des éthers sels cholestériniques.

Que sont ces cellules bourrées de lipoïdes sinon des « foamy cells », des spongiocytes, eux-mêmes dérivés des histiocytes du tissu conjonctif.

Elles sont là le témoignage certain d'une xanthomatose viscérale, résultant vraisemblablement de la présence dans l'organisme d'un excès de lipoïdes. On peut dire que les maladies précitées sont les manifestations de diverses modalités de troubles dans le métabolisme lipoïdique. Il existe dans tous les cas la même *hyperplasie réticulo-endothéliale*.

C'est bien en effet le système réticulo-endothélial qui entre en jeu dans la formation des cellules xanthomateuses, des « foamy cells » partout retrouvées.

Nul n'ignore plus l'importance dans l'organisme de ce système et son rôle essentiel dans le métabolisme des corps gras.

Découvert par RIBBERT, en 1904, il fut baptisé quelques années plus tard par ASCHOFF. En France, nous devons aux travaux de M. OBERLING, de M. MERKLEN, de bien le connaître. Toute cellule retenant le carmin lithiné, et dite alors susceptible de « coloration vitale », doit être groupée dans ce système.

S'il comprend les cellules de Kupfer du foie, les cel-

lules endothéliales et réticulaires de la rate, des cellules endothéliales de la moëlle osseuse, les spongiocytes du cortex surrénal, véritables éléments fixes. Il est représenté aussi par certaines formations du tissu conjonctif auxquelles on a donné les noms les plus variés : cellules rhagiocrines, cellules adventicielles, elasmatocytes. Le terme plus général d'histiocyte désigne l'ensemble de ces variétés, sans préjuger de leurs fonctions propres.

Un tel système est, suivant l'expression de M. OBERLING, « un vaste syncytium qui envoie ses expansions dans toutes les parties de l'organisme, y compris le sang circulant ». C'est pour M. MERKLEN « une admirable voie d'échanges qui se superpose aux voies déjà connues, mais diffère de celles-ci par l'absence de tracés anatomiques fixes ».

Ici, en effet, au lieu de se poursuivre dans des conduits préparés à ce but, les transports organiques se font de cellule à cellule ; et parmi ces transports, il en est un plus que tout autre qui dépend étroitement de la fonction du système, c'est celui des lipoïdes.

Tout trouble du métabolisme des lipoïdes a son reflet dans le système réticulo-endothélial.

Pour nous, après cet aperçu général, la lipoïdose vésiculaire, comme les affections dont on peut histologiquement la rapprocher, n'est pas autre chose que la manifestation d'un trouble du système réticulaire du cholécyste. C'est bien ce que nous enseignait déjà l'histologie fine après imprégnation tano-argentique. Avec MM. LERICHE et COGNIAUX, nous dirions volontiers,

« qu'elle ne représente qu'une réaction particulière du tissu réticulo-endothélial de la vésicule, vis-à-vis d'une infection plus ou moins aiguë, en présence d'un excès de cholestérine », si nous n'avions la conviction que l'infection n'est pas un stade préalable nécessaire, non plus qu'elle ne se retrouve à l'origine des autres infiltrations citées.

Il faudra longtemps pour que le dogme de l'infection vésiculaire, invoquée toujours à la base de toute affection de l'organe, et ceci depuis des années, voit enfin se rétrécir le champ de son action.

Pourquoi ne pas admettre qu'ILLINGWORTH, en injectant dans la paroi de la vésicule une goutte de culture très atténuée, ne déclenchait pas autre chose qu'une irritation locale, non inflammatoire ; irritation, suffisante peut-être, pour bloquer en face d'un excès de cholestérol le système réticulaire de la vésicule et provoquer son infiltration.

On connaît encore mal, il faut l'avouer, les causes exactes de ce que l'on appelle un blocage réticulaire. Certes il est admis que bloquer le système c'est le charger d'une substance donnée de sorte qu'il ne puisse s'infiltrer d'éléments étrangers à elle.

Mais ne sait-on pas que dire blocage est dire trop, qu'étant donné la rénovation constante des cellules qui le composent, à vouloir bloquer le système on n'aboutit le plus souvent qu'à entraver, qu'à modifier son fonctionnement régulier.

Nous ignorons beaucoup du mécanisme de ces troubles profonds, mais l'étude des coupes histologiques ne

permet pas de penser que l'inflammation préside à sa mise en jeu.

Si l'on pouvait réaliser la lipoïdose vésiculaire par un processus purement aseptique de pseudo-blocage réticulaire chez un animal suralimenté en cholestérine, ce serait un bel argument en faveur de la théorie que nous défendons.

C'est dans ce but que nous avons entrepris quelques recherches dans le laboratoire de chirurgie expérimentale du Professeur GOSSET.

Elles visaient un point précis : si on fait à un animal, soumis depuis quelque temps à un régime riche en cholestérine, une injection intraveineuse d'une substance connue pour agir électivement sur le tissu réticulo-endothélial, on peut espérer faire apparaître au niveau de la paroi vésiculaire l'infiltration lipoïdique spongiocytaire.

Six lapins de deux kilogrammes ont été régulièrement nourris pendant deux mois par addition quotidienne à leur ration habituelle d'un gramme de cholestérine pure.

Au bout de ce temps, tout en continuant cette alimentation régulière, l'un d'eux reçut tous les trois jours, pendant quinze jours, une injection intraveineuse de 3 centimètres cubes de Thorostrat, dont on connaît l'affinité particulière pour le système réticulaire. Un autre ne reçut, à période égale, que de fortes injections de Thorostrat, chacune respectivement de 5 et 6 centimètres cubes.

Deux autres furent traités par des injections intra-

veineuses d'encre de Chine, recevant à quatre reprises en quinze jours : 2 centimètres cubes d'encre pure dilués dans 2 centimètres cubes d'eau distillée.

Aux deux derniers enfin, véritables témoins, il ne fut fait aucune injection susceptible de modifier le fonctionnement normal du cholécyste.

Après avoir sacrifié ces animaux d'expérience, prélèvement fut opéré chez eux de la vésicule et d'un fragment hépatique et splénique.

Dans aucun cas, il n'y avait de modification macroscopique visible au niveau du cholécyste ; la paroi interne, comme l'externe, était indemne de toute lésion visible.

L'examen histologique ne permit pas de découvrir l'infiltration lipéidique spongiocytaire espérée. L'expérimentation était donc négative et ne mériterait pas d'être rapportée si l'on n'en pouvait tirer quelque enseignement général.

Sur les coupes intéressant le foie et la rate, le Thorstrat ou les particules d'encre de Chine se retrouvaient aisément, bloqués dans les cellules de Kuffer de l'un, dans les cellules réticulaires de l'autre. Dans ces deux organes, le système réticulo-endothélial avait manifesté sa présence et fonctionné comme il se doit.

Dans le cholécyste, au contraire, toute sollicitation était restée vaine ; il n'était pas possible de déceler la moindre trace de l'activité du système. On ne peut donc pas mettre en évidence, par ces procédés classiques, l'activité des spongiocytes du chorion d'une vésicule saine. Quand celle-ci se manifeste, elle vient faire la

preuve d'un état anormal, pathologique. Il reste à déterminer sous quelle influence agit le système réticulaire quand il se développe là, au point de donner des lésions macroscopiquement décelables. D'autres expériences, visant la mise en activité de l'appareil réticulaire, viendront un jour nous éclairer quand sa physiologie intime sera mieux établie. Ne sait-on pas déjà qu'au niveau du cerveau son comportement est bien particulier. S'il ne retient pas à l'état normal les colorants introduits dans la grande circulation, il suffit par contre d'un traumatisme souvent minime, d'un choc sur la voûte crânienne, pour qu'aussitôt la fixation se réalise.

Peut-être l'âge joue-t-il dans son comportement ? Peut-être un processus purement chimique suffit-il à réveiller ses fonctions endormies ? La lipoïdose vésiculaire nous apparaît alors comme devant être l'expression locale d'un trouble général du métabolisme. C'est, sans qu'on puisse conclure avec force, ce qui est tout à la fois le plus séduisant et le plus vraisemblable.

ÉTUDE CLINIQUE

ÉTUDE CLINIQUE

Dans les diverses monographies consacrées à la lipoïdose vésiculaire, il n'est pas coutume d'envisager séparément l'allure clinique de la lipoïdose isolée et de celle associée aux calculs cholestériniques.

C'est pourtant là un point d'importance. Toute observation concernant un cas de vésicule à la fois lithiasique et lipoïdique n'est-elle pas, en effet, sujette à caution ? On a beau jeu de dire alors que les signes cliniques relevés sont le fait de la lithiasie et non de l'infiltration pariétale, et l'argument qui pourrait faire prévaloir telle ou telle opinion n'apparaît certes pas d'emblée. Seule l'étude des symptômes de la lipoïdose pure peut nous amener à résoudre ce dilemme.

Symptômes fonctionnels de la lipoïdose isolée

Nous avons retrouvé 25 observations de lipoïdose isolée ; elles nous permettront de tracer de cette affection rare un tableau schématique. Chemin faisant nous emprunterons aux ouvrages étrangers les particularités qui nous ont paru chez eux dignes d'être notées,

S'il fallait donner de la lipoïdose vésiculaire un seul symptôme, le signe peut-on dire majeur : c'est sûrement la *douleur* qu'il faudrait choisir.

Sans conteste, en effet, la douleur est l'élément dominant. Il n'est pas un cas où on ne la retrouve. Elle a toujours amené le malade à consulter et à accepter l'intervention.

Par ses caractères, elle a peu tendance à égarer le diagnostic car elle a souvent un type vésiculaire bien net.

Elle évolue surtout par crises.

C'est tantôt une histoire typique de colique hépatique que l'on retrouve dans le passé plus ou moins lointain, colique franche par sa douleur brutale et élective dans l'hypocondre droit, franche aussi par ses irradiations caractéristiques, plus atypique peut-être par l'heure de son apparition. On ne retrouve pas toujours l'horaire fixe que l'on voudrait, intense cette crise cèdera seule, souvent grâce à l'injection analgésiante classique.

Un tel épisode douloureux dure en moyenne quelques heures, puis se calme. Il pourra reparaitre à échéance variable, chaque mois pour certains, à long intervalle se chiffrant par plus d'une année pour d'autres, tous les jours ou presque à la période qui précède l'intervention comme nous le verrons plus d'une fois.

Mais l'histoire est parfois moins bruyante ; la douleur que l'on découvre à l'interrogatoire a des aspects plus trompeurs, banale tension épigastrique post-prandiale, elle n'attirera souvent l'attention sur le cholécyste que faute de pouvoir faire la preuve de son origine gastri-

que. On connaît bien d'ailleurs le syndrome épigastrique des affections vésiculaires, syndrome douloureux à horaire souvent tardif, survenant trois ou quatre heures après les repas, électivement déclanché par un repas copieux ou anormalement riche en œufs, en graisses.

Cette description de la douleur cadre parfaitement avec celle donnée par l'ensemble des auteurs.

MM. CHIRAY et PAVEL, M. GUTMANN insistent sur ces différentes modalités et assignent au renouvellement de la crise l'échéance de trois semaines.

KOPP, qui étudie à part 12 cas de lipoïdose sans lithiase, trouve 9 fois une histoire d'algies si nettes que le diagnostic d'une affection du cholécyste était porté au premier examen. A lire l'histoire de ses malades on ne manque pas d'être frappé par l'étonnante ressemblance de ses observations et des nôtres, surtout en ce qui concerne la marche des épisodes douloureux.

Il serait facile de citer, à l'appui de ces faits, les noms de MOYNIHAN, ILLINGWORTH, LINO, FICHERA et de donner à la douleur l'épithète plus ou moins imagée que lui décernent les auteurs, nous ne nous y attardons pas, car il faut mettre en évidence deux notions chronologiques.

Le temps séparant l'accident douloureux initial de l'acte opératoire atteint souvent un chiffre comparable. Nombre de malades en effet ne sont opérées que cinq ou six ans après la première alerte, et Kopp signale aussi une durée moyenne de cinq ans pour ses cas per-

sonnels. Il ne s'agit pas là, bien entendu, d'ériger une règle absolue, mais de chercher une preuve de la tendance qu'a l'affection une fois installée à prendre le mode chronique, quoi qu'en puissent penser les partisans irréductibles de la réversibilité ou mieux de la disparition spontanée de l'infiltration.

Ce qui décide le malade à l'intervention, c'est moins la persistance des crises espacées que leur permanence et c'est là un des points les plus curieux de l'évolution presque fatale de l'affection. Sous une influence difficile à interpréter, d'espacées les crises douloureuses deviennent un jour continues, qu'elles soient vésiculaires ou épigastriques, violentes ou simplement pénibles, les douleurs ne laissent plus au malade que quelques heures de répit.

Quel en est le mécanisme ? il n'est pas question d'évoquer ici la vieille théorie de la migration du corps étranger puisqu'il manque. Faut-il admettre que le dépôt lipoïdique peut irriter les filets nerveux de l'appareil sensible du cholécyste, admettre qu'une paroi infiltrée et rigide devient douloureuse à toute contraction ? ce sont des hypothèses qui n'ont pas leur preuve ; et ne sait-on pas d'ailleurs qu'une crise douloureuse d'apparence vésiculaire a plus souvent peut-être qu'on ne le croit une origine purement hépatique. Il n'en faut pour contrôle que la possibilité de voir survenir de tels accidents chez des malades privés de leur voie biliaire accessoire.

Nous aurons dans les suites opératoires un cas de cette sorte à analyser,

Mais, pour importante qu'elle soit dans l'histoire clinique, la douleur n'est pas toujours le symptôme isolé et seul dénonciateur de la lipoïdose.

Les *vomissements* ne sont pas rares, mais ils sont loin d'être constants. Ils viennent parfois mettre un terme à une crise douloureuse hépatique ou épigastrique. Il ne faut attacher à leur présence, non plus d'ailleurs qu'à leur absence, la moindre valeur symptomatique.

L'ictère est plus important quand il existe, nous ne l'avons trouvé que dans un quart des cas, et encore cinq fois sur sept, ce ne fut qu'un subictère sans décoloration des matières.

Une fois l'ictère fut franc et net durant 8 jours, précédant de trois ans l'intervention, plus jamais il ne se reproduisit dans la suite.

Quel que soit son degré, il ne va jamais seul, mais apparaît toujours à la fin d'un incident douloureux, ne persiste qu'un jour ou deux au maximum.

La fréquence de l'ictère et son importance ne sont pas appréciées au même titre par les différents auteurs.

MM. CHIRAY et PAVEL insistent sur sa fréquence et l'absence de caractères de rétention.

KOPP le rencontre 7 fois sur 12 et recommande d'explorer alors avec encore plus d'attention le cholédoque.

JUDD et MENTZER le signalent dans 17 % des cas. Il indique à coup sûr un retentissement hépatique de la lésion; à l'anatomie pathologique nous avons insisté, avec d'autres sur l'hépatite associée.

Il reste un dernier élément essentiel à signaler : l'existence possible de *poussées fébriles* au moment de l'accès douloureux.

Sur nos 25 cas : cinq fois seulement une élévation thermique fut enregistrée, encore ne fut-elle jamais très élevée, ne revêtant pas l'aspect du crochet brutal des inflammations vésiculaires, toujours modérée, elle ne persiste guère plus de 48 heures au déclin de la crise.

En opposition formelle, KOPP, sur ces 12 cas, trouve : 4 fois des frissons évoquant l'idée d'une infection ; une fois de l'herpès labial ;

5 fois de la fièvre certaine et contrôlée. Au total, il n'avance pratiquement que deux cas apyrétiques, et il se fait d'emblée le champion de l'étiologie inflammatoire.

Il n'est pas seul à insister sur la fréquence de la fièvre au cours de l'évolution de l'affection.

JUDD et MENTZER la mettent en évidence dans 22 % des cas,

LINO 13 fois sur 18 cas.

Pour notre part, la rareté avec laquelle nous découvrons un mouvement fébrile au cours des crises douloureuses, nous autorise à voir dans l'inflammation, non la cause de la lipoïdose, mais un élément qui peut s'y ajouter.

A ne considérer que le tableau clinique que nous venons de tracer, on pourrait croire que la lipoïdose ne se manifeste que par des poussées, toujours douloureuses, rarement ictériques et fébriles, séparées par des intervalles de santé parfaite.

Il n'en est rien. Le plus souvent les accalmies, longues parfois, sont émaillées d'une série de petits troubles dyspeptiques : ballonnement post-prandial, nausées, vomissements à jeun parfois, troubles allant de pair avec une atteinte de l'appétit, dont l'amaigrissement marqué, est une conséquence directe.

Une asthénie profonde est signalée aussi, mais les troubles psychiques à type mélancolique, si spéciaux aux stases vésiculaires à bile noire, ne sont qu'exceptionnellement rencontrés.

Comme dans toutes les affections de la vésicule, il est possible de grouper autour d'un type clinique idéal divers aspects de l'affection plus ou moins caractérisés. Il faut insister sur l'existence certaine de *formes latentes* de la lipoïdose. BERENDES s'y arrête longuement. Son étude sur la lipoïdose est essentiellement basée sur des recherches d'amphitéâtre et lui permet de conclure que l'infiltration lipoïdique ne suffit pas à elle seule à provoquer une manifestation clinique. C'est là une opinion insoutenable, il en est de la lipoïdose comme de la lithiase, elle pourra rester silencieuse toute une vie ou donner lieu aux accidents les plus brutaux ; elle pourra aussi évoluer sous le masque d'une dyspepsie banale. Tous les intermédiaires sont possibles.

Symptômes fonctionnels de la lipoïdose associée à la lithiase

A vrai dire, on ne voit pas bien à quel symptôme se rallier pour différencier la vésicule fraise des autres

syndromes du carrefour hépatique et de fait, si nous envisageons tous ces cas associés à la lithiasé, ils sont au nombre de 31, l'allure clinique ne nous apparaît pas essentiellement différente. On sait que le calcul cholestérinique solitaire passe pour avoir une symptomatologie peu bruyante ; aussi, quand il est unique, est-on en droit d'admettre que ce qui donne la note clinique, c'est l'infiltration pariétale.

Des calculs multiples peuvent accompagner la lipoïdose ; on en note jusqu'à 20 dans la même vésicule, souvent ils sont 6 ou 7, ici on est amené à penser que les symptômes propres de la lithiasé prennent le pas sur ceux de la lipoïdose isolée. Or, même dans ces cas, peu de manifestations permettent de séparer l'un de l'autre les deux syndromes.

Une lipoïdose combinée à une lithiasé a plus de chance de s'accompagner d'ictère, mais il ne paraît pas que les poussés fébriles y soient notablement plus fréquentes.

Quand il y a lithiasé associée, c'est une lithiasé aseptique. Nous n'avons pas trouvé de barrière entre les symptômes de la vésicule fraise pure et de la lithiasé aseptique. Il s'agit de deux affections parfaitement comparables en clinique, étroitement liées par leur pathogénie.

Nombre d'observateurs se sont demandés s'il y avait une relation entre l'intensité des signes cliniques et l'importance des lésions vésiculaires. Aucune règle ne peut être formulée sur ce point. Telle infiltration discrète, localisée, traduite par une ou deux saillies papillo-

mateuses se révélera bruyamment et pourra aboutir à un véritable état de mal vésiculaire. Telle infiltration diffuse ne sera découverte qu'à l'autopsie ou qu'à l'intervention décidée pour des symptômes frustes et latents, dont l'origine biliaire risque même d'échapper parfois.

Examen physique

Que faut-il en attendre ?

Au cours des crises douloureuses, un examen rapide ne peut faire qu'affirmer l'origine vésiculaire des paroxysmes douloureux.

En dehors des crises, il ne sera guère plus instructif.

Rien de caractéristique en effet dans la présence d'un point douloureux vésiculaire, d'un signe de Murphy accentué, dans la découverte d'un point phrénique sensible à la pression.

Et quand la douleur qu'on réveille est épigastrique, elle ne peut faire qu'égarer le diagnostic faute d'une étude plus rigoureuse.

Il ne faut pas compter tirer grand renseignement des modifications de volume de la vésicule, car l'infiltration lipoïdique ne modifie pas celui-ci ; il est exceptionnel, en effet, que l'on ait pu percevoir le cholécyste distendu avant l'intervention.

M. CHIRAY cependant se basant, à dire vrai, sur un nombre de cas restreint, affirme que la vésicule est souvent grosse, au point de faire discuter l'hydrocholécyste.

Les auteurs étrangers restent discrets quant à ces appréciations.

Examens de laboratoire

On sait trop actuellement, sans mépriser la clinique, le peu qu'il faut en attendre pour poser un diagnostic précis d'affection du carrefour. Aussi le moindre doute implique-t-il la mise en œuvre d'examens spéciaux.

Celui du *sang*, et en particulier la recherche du taux de la *cholestérinémie*, n'a pas apporté la clarté que l'on espérait.

Déjà MM. H. HARTMANN et PETIT DUTAILLIS ont pu conclure, il y a quelques années, que la recherche de l'hypercholestérinémie en clinique n'a qu'une valeur minime. Elle ne permet pas, « même quand l'augmentation est réelle, de résoudre un problème pendant ».

De fait, les chiffres qu'ils donnent sont troublants :

L'hypercholestérinémie au-dessus de 1,80 ne se rencontre que dans 50 % des cas de lithiase biliaire compliquée d'obstruction du cholédoque par calcul ou pancréatite.

Les chiffres d'hypercholestérinémie concernant la lithiase vésiculaire en dehors des crises, et les cholécystites simples ou même les affections abdominales les plus variées n'intéressant pas les voies biliaires, sont voisins ; étant de 28 % dans le premier cas, de 25 à 18 % dans le second.

Nous avons vu d'ailleurs qu'il n'y a pas de rapport entre le taux de la cholestérine du sang et celui de la bile. C'est ainsi que pour les lipoïdoses qui nous occupent, M. PETIT-DUTAILLIS apporte trois cas de lipoïdose avec cholestérinémie égale à 1 gr. 50, alors que

dans deux de ces cas, la cholestérinochole était de 4 gr. 20 et de 9,75. Nous avons déjà signalé ces données.

Dans 7 cas de lipoïdose isolée, nous avons trouvé les chiffres de cholestérinémie suivants :

Taux de cholestérinémie	Age
1 gr. 80	54 ans
2 »	53 »
1 » 80	51 »
1 » 50	53 »
1 » 50	45 »
1 » 50	56 »
2 » 75	45 »

Sur 10 cas de lipoïdose avec lithiasé.

Taux de cholestérinémie	Age
2 gr. 20	66 ans
2 » 09	50 »
1 » 60	52 »
1 » 80	35 »
1 » 82	27 »
1 » 60	51 »
2 » 10	48 »
1 » 50	43 »
4 » 50	43 »
1 » 60	40 »

Deux faits sont dignes de remarque :

Le taux de la cholestérinémie n'est pas influencé de

façon absolue comme d'aucuns le prétendent par l'âge du sujet, puisque chez des malades où l'on s'attend à trouver un chiffre élevé en raison de leur âge et des lésions qu'elles présentent, des résultats oscillant entre 1 gr. 50 et 1 gr. 80 sont relevés.

La cholestérinémie est plus élevée quand, à la lipoïdose, s'ajoute la lithiase.

Un seul cas de vésicule fraise pure atteint 2 grammes alors que 4 cas de lipoïdose et lithiase dépassent 2 gr., l'un d'eux atteignant 4 gr. 50.

Il est devenu banal d'insister sur les variations de la cholestérinémie avec le régime et les conditions d'existence.

Nous n'avons donné ces chiffres qu'à titre indicatif, parce que certains auteurs attachent volontiers de l'importance à ce dosage. Ils sont d'une valeur pratique nulle. Un chiffre normal ne permet aucunement d'éliminer l'hypothèse de lipoïdose, non plus que celle de lithiase.

Au passage, nous noterons que les *temps de saignement* et de *coagulation*, systématiquement pratiqués, se sont montrés normaux, venant témoigner que, s'il y a insuffisance hépatique, elle n'est pas de nature à s'opposer à l'intervention.

Il y a peut-être dans la recherche systématique de la *bilirubinémie* préopératoire à puiser des indications précieuses ; c'est ce que nous incline à penser le seul cas où elle fut pratiquée. C'est au taux anormalement élevé de la bilirubine sanguine, dosé selon la méthode nouvelle de MM. CHABROL, BUSSON et CHARONNAT

que l'on dût de ne pas surseoir à la cholécystectomie malgré l'aspect troublant de la vésicule découverte ; elle paraissait en effet absolument saine et ne pas être responsable des symptômes accusés. La lipoïdose magnifiqu (photo de l'observation n° 25) découverte à l'ouverture de la pièce permet de se réjouir alors de l'indication opératoire posée et de prévoir l'heureux résultat, qui fut ici particulièrement satisfaisant (1).

Néanmoins, ce n'est pas encore par des examens de laboratoire, précis et répétés, que l'on peut espérer différencier la lipoïdose des autres affections du cholécyste ; car il est telle cholécystite chronique banale qui donne les mêmes troubles.

Tubage duodénal et radiographie

Restent en présence deux procédés auxquels on est autorisé logiquement à demander beaucoup, mais dont il faut en réalité espérer peu.

Nous nommons ici :

l'épreuve de Meltzer-Lyon ;

la radiographie avec ou sans cholécystographie.

Pour apprécier les résultats du *tubage duodénal*, faute de ne l'avoir pratiqué que dans un nombre de cas trop restreint, nous ne pouvons discuter que les constatations des autres.

(1) Rappelons que, lorsqu'on a recours à la méthode de dosage de la diazo réaction limite, le taux normal de la cholémie pigmentaire oscille entre 8 et 16 milligrammes de bilirubine par litre. Au-dessus de 20 milligrammes on est en droit de conclure à une hypercholémie et de rechercher une lésion biliaire.

Nous avons vu ailleurs qu'il n'est plus question actuellement de tirer argument décisif quant à la nature inflammatoire d'une affection vésiculaire de la culture de la bile retirée. Quelle autre conclusion tirer de l'aspect et de l'analyse du liquide recueilli ? pratiquement aucune. LINO se borne à remarquer que la bile rappelle celle des cholestases, qu'elle se montre toujours riche en cholestérine. La bile B de l'épreuve de Meltzer-Lyon s'écoule parfois avec retard ; mais on peut observer une évacuation normale. C'est dire le peu de profit de ces tentatives.

La radiographie sans tétraïode ne montre rien en principe dans la lipoïdose sans calculs. Il est cependant des cas où la seule infiltration pariétale suffit à dessiner l'ombre vésiculaire sans préparation.

MM. CHIRAY et PAVEL en citent un cas ; nous-même avons observé cette éventualité deux fois.

Quand il y a des calculs, comme tout calcul de cholestérine, ils peuvent être visibles d'emblée ; mais il est classique d'insister sur le fait qu'ils ne le sont que rarement.

Aussi faut-il s'adresser comme toujours maintenant à la *cholécystographie*.

Citons, au hasard, quelques-uns de nos résultats, tous obtenus par ingestion tétraiodée :

dans l'observation n° 16 on lit : vésicule visible à contours réguliers ;

dans l'observation n° 18 : la vésicule a un aspect pommelé, assez caractéristique ;

dans les observation n° 22 et 24 : il n'y a pas d'ombre vésiculaire. Nous ne citons là que des observations de lipoïdose isolée.

Une première notion s'affirme, bien connue d'ailleurs à l'heure actuelle, c'est que l'apparition de l'ombre ne saurait en aucune façon éliminer le diagnostic de lésion vésiculaire et, dans le cas particulier, de lipoïdose. Cette première constatation atténue d'emblée la valeur que certains veulent attribuer à la cholécystographie dans la discrimination des diverses lésions du cholécyste. Rappelons à ce propos la statistique de KIRKLIN qui, pour 100 vésicules donnant à la cholécystographie un aspect normal, admet qu'il y en a 25 ou 30 découvertes malades à l'intervention.

Grâce à l'ingestion tétraiodée, des calculs de cholestérine peuvent devenir visibles, apparaissant comme des taches claires, en négatif, car la bile opaque à leur niveau se révèle sous une moindre épaisseur. Il n'y a pas lieu ici de discuter les erreurs d'interprétation de telles images, dans ce cas on conclut à vésicule lithiasique. Peut-être y a-t-il associée à cette dernière une lipoïdose pariétale, rien ne permet de la soupçonner.

Hormis ces deux cas extrêmes où la vésicule paraît normale ou au contraire sûrement calculeuse, il est toute une série d'états intermédiaires ; en est-il de spécifique de la lipoïdose ?

L'ensemble des radiologues s'accorde pour dire que la taille du cholécyste est variable et non significative,

Plusieurs admettent comme image typique de la vésicule fraise : l'ombre « *tigrée* », pommelée, signalée à maintes reprises par MM. GUTMANN, FECCI et RUGGERI, ROSSI.

L'aspect un peu particulier dit « *de sédimentation* » pourrait aussi se rencontrer. On sait qu'il s'agit là d'inégalité de coloration de la vésicule dont la partie inférieure apparaît plus sombre, la partie supérieure plus claire. Il y aurait au départ « défaut de coordination entre l'évacuation de la vésicule et son nouveau remplissage », mais il faut noter que pour MM. CHIRAY et LOMON, la vésicule atonique aurait l'apanage d'une telle modification.

Il est malheureusement maintes autres causes d'inégalité de coloration de la vésicule, sans rappeler à nouveau les pommelures claires caractéristiques des calculs cholestériniques. Sachons qu'à titre rare, évidemment, mais cependant possible, des adénomes vésiculaires, des tumeurs bénignes diverses ont pu donner des ombres blanches.

Quand l'ombre vésiculaire n'apparaît pas, qu'il y ait lésion pariétale devient vraisemblable, bien que l'oblitération isolée du cystique suffise à expliquer parfois cette carence. Mais la nature de cette lésion nous échappe de façon absolue, il faut bien l'avouer.

Enfin l'effet d'un repas de Boyden sur l'image radiographique, quand elle existe, est aussi diversement interprété.

ILLINGWORTH constate que dans 8 cas de lipoïdose pure étudiées à ce propos l'évacuation se fait. Il con-

clut avec justesse que la lipoïdose seule peut ne pas troubler la fonction de concentration du cholécyste, non plus que sa contractilité.

ROSSI, LEVÈNE constatent en outre une accélération de l'évacuation, allant à l'encontre des affirmations d'auteurs plus nombreux qui notent un retard, un allongement du temps de vidage, et cherchent à en faire un bon signe (FICHERA, M. NEMOURS-AUGUSTE).

Que conclure ? Sûrement rien de catégorique.

Il est des cas où la radiographie montrant l'absence d'image vésiculaire oriente l'attention sur cet organe. C'est un élément d'importance quand le doute persistait en raison d'une histoire clinique peu évocatrice.

Rien n'autorise à dire plus. Ce peut être une vésicule du type fraise, tout comme une cholécystite banale ; aux autres symptômes à donner plus de lumière sur ce point particulier.

Il est des cas où l'image est celle d'une lithiasse, peut-être est-ce aussi une lipoïdose ; que nous importe, puisque l'indication opératoire est certaine.

Il est des cas où malgré une histoire nette, la vésicule paraît saine, elle pourra aussi le paraître à l'exploration chirurgicale, et c'est bien là le problème le plus complexe posé par l'affection.

Enfin parfois l'ensemble un peu particulier de l'ombre tachetée, irrégulière, peut inciter au doute et légitime l'hypothèse de lipoïdose.

Des présomptions parfois, une certitude jamais : Tel est le résumé de l'étude clinique de la lipoïdose vésiculaire. La lecture des différents travaux ne fait que confir-

mer sur ce point l'opinion que nous nous sommes fait par l'analyse de nos propres observations.

Evolution

L'évolution de la lipoïdose vésiculaire est mal connue.

Il nous paraît certain que, lorsqu'elle a commencé de se manifester en clinique, elle a une tendance irrémédiable à passer à la chronicité.

Il n'est que de lire quelques observations de vésicule dite fraise et sans calculs pour se pénétrer de cette notion. A un début bruyant, souvent fait suite une période latente plus ou moins longue, entrecoupée d'épisodes douloureux qui, en s'accroissant peu à peu, en se répétant sur un rythme accéléré, obligent les moins interventionnistes à l'acte opératoire.

Parfois le retentissement général est marqué. Il peut même être impressionnant, un amaigrissement atteignant plusieurs kilogrammes, une perte totale de l'appétit sont décrites. Souvent aussi il est nul ou presque.

Malgré l'allure sévère que prend quelquefois l'affection, on ne note jamais cet état de mélancolie, de dépression morale profonde si spéciale à l'atonie vésiculaire.

De complications propres, il n'en est pas.

Certes une lipoïdose avec lithiase peut se compliquer de lithiase cholédocienne.

La cancérisation associée à la lipoïdose n'est signalée qu'une fois dans la littérature, aussi est-on en droit de conclure à une coïncidence.

La pancréatite aiguë hémorragique est une rareté. Le cas rapporté par MM. LERICHE et COGNIAUX est unique à notre connaissance.

La pancréatite chronique, la cirrhose sont un lot commun à bon nombre.

Quant à l'infection, elle peut sûrement coexister avec la lipoïdose venant se greffer là sur l'infiltration préexistante. Nous avons dit et répété qu'elle n'est jamais le stade initial et promoteur de la lésion. En outre, elle ne prend jamais un caractère de gravité telle qu'elle puisse nécessiter l'intervention d'urgence. Il n'est pas signalé de cholécystite aiguë opérée en pleine poussée fébrile et révélée fraise à l'ouverture de la pièce.

Ce n'est donc pas par ses complications que la lipoïdose est redoutable, mais bien par sa persistance indéfinie ; elle ne tend pas à la régression spontanée, bien au contraire, elle finira un jour par retentir sur le foie ou sur le pancréas, par donner naissance à une lithiase vésiculaire dont l'importance n'échappe à personne.

TRAITEMENT

TRAITEMENT

On sait que d'un examen clinique serré, d'un examen radiologique attentif, on ne peut espérer un diagnostic ferme de lipoïdose. Comment discuter alors la thérapeutique et les indications opératoires éventuelles d'une affection que l'on ne peut sûrement reconnaître ? Il faut avouer que le problème est délicat d'autant que, même à l'intervention, bien fort serait celui qui pourrait affirmer la nature de la lésion, sauf exception, à la vue seule du cholécyste. Sommes-nous réduits devant cette absence de symptômes propres à l'inaction ? Certes non, puisque toutes les observations que nous apportons sont celles de malades opérées. Quel fut le motif de la décision opératoire ? Nous le dirons plus loin, après avoir discuté les diverses méthodes que l'on peut appliquer au traitement des vésicules lipoïdiques.

Il n'est pas question ici de soulever le débat de la thérapeutique médicale de la lipoïdose. Sa valeur se juge à un seul fait. C'est parce qu'elle a échoué de façon formelle que les malades, souvent amaigries, soumises à un régime strict et à un traitement rationnel de cholécystite, viennent demander l'intervention chirurgicale,

lassées par cinq ou six années de crises douloureuses fréquentes, récidivantes à tout moment.

Pour nous l'important est de choisir l'opération la meilleure.

Méthodes opératoires

D'emblée deux méthodes s'affrontent :

la méthode conservatrice ;

la méthode radicale, d'exérèse.

Méthodes conservatrices.

Parmi celles-ci, il en est une qui mérite d'être discutée en premier, parce qu'elle est à proscrire de façon absolue, c'est l'ablation isolée de la muqueuse vésiculaire. mieux connue peut-être sous le nom d'*Endectomie d'Elgart*

Nous ne l'aurions pas même cité dans ce travail si on ne trouvait un plaidoyer en sa faveur dans le livre de MM. CHIRAY et PAVEL. Ces auteurs, en effet, concluent à son sujet « l'opération d'Elgart peut se défendre dans les cas où l'infection a disparu et où il ne reste plus que les dépôts de lipoïdes ». Ils ajoutent d'ailleurs, « le but de cette intervention ne serait pas ici, comme l'envisage ELGART, de faire disparaître la muqueuse, puisque celle-ci se reproduit certainement aux dépens des fragments d'épithélium qui échappent à l'opération et en particulier aux dépens des canaux de Luschka. »

Avant toute chose, on voit mal comment, au cours de l'intervention, l'opérateur ayant ouvert la vésicule et

découvert une lipoïdose, pourrait de son seul aspect conclure à l'absence d'inflammation. Ne sait-on pas que celle-ci est souvent latente et découverte seulement à l'examen histologique. Supposons même que l'inflammation soit susceptible de disparaître, rien ne prouve que cette disparition actuelle soit une disparition définitive.

L'endectomie d'Elgart n'a guère été décrite par l'auteur lui-même que comme un pis-aller au cours d'une intervention difficile, c'est, dit-il, un « bon procédé » dans les cas inaccessibles, si la vésicule est très épaissie, très adhérente, « on pourrait l'appliquer peut-être aux cholécystites chroniques quand on veut garder la vésicule ».

Nous n'avons pas trouvé de travail relatant le devenir fonctionnel de telles vésicules privées de leur muqueuse, et juger la valeur de la méthode est malaisé. Cependant il paraît illogique, au plus haut point, de vouloir l'appliquer à une affection de la sous-muqueuse, du chorion de la vésicule. Son exécution technique délicate, l'impossibilité où l'on est d'affirmer l'intervention complète sont autant d'arguments qui nous autorisent à la rejeter complètement.

C'est encore dans le but de conserver une vésicule qui pourrait ne pas être inutile, que certains ont pu proposer, persuadés qu'ils étaient de la nature inflammatoire de la lipoïdose, *le simple drainage des voies biliaires*.

— De la cholécysto-gastrostomie au drain perdu

transvratérien, sans oublier le drainage externe de la voie biliaire principale par tube de Kehr, tout a été proposé, tout n'a pas d'ailleurs été exécuté et on manque de documents pour discuter l'influence plus ou moins heureuse de tel ou tel geste chirurgical.

Une seule méthode mérite d'être étudiée avec soin : la *cholécystostomie*.

Elle est logique pour ceux qui considèrent que l'inflammation est toujours à l'origine du dépôt lipoïdique.

LECÈNE et MOULONCQUET s'en sont faits les défenseurs dans leur article de la *Presse Médicale*, hormis les cas où la lipoïdose s'accompagne de lithiase biliaire ou de grosses altérations immédiatement visibles de cholécystite chronique, toujours justiciables de la cholécystectomie d'emblée.

Pour eux, en effet, il n'est pas indiqué d'enlever de telles vésicules, car le foyer d'inflammation qu'ils y trouvent alors constamment n'est pas unique, « l'infection qui a léché toutes les voies biliaires n'a pas mordu profondément la vésicule ». Drainée, celle-ci peut guérir; elle reste alors « réservoir important à l'état physiologique, déversoir utile aussi sans doute quand la bile est infectée », réservoir dont la suppression, suivie parfois de distension de la voie biliaire principale, expose peut-être à une reprise tardive de l'infection biliaire.

C'est faire jouer à la conception pathogénique un rôle prépondérant quant à la décision opératoire. L'argument ne vaut pas pour nous.

D'ailleurs, accordant toujours ses indications thérapeutiques avec ses données pathogéniques, Lecène serait par contre dans la « Thérapeutique Chirurgicale » enclin à proposer l'ablation de cette vésicule de stase à laquelle le terme de cholécystite ne convient pas, mais l'existence de bons résultats et la possibilité d'échecs certains l'incitent à réclamer une étude plus complète des indications posées par les cas de lipoïdose. L'accord n'était donc pas fait pour lui sur la vraie conduite à adopter.

Partisans aussi de la cholécystostomie sont les auteurs qui basent leurs indications sur l'état fonctionnel du cholécyste.

Ainsi MM. CHIRAY et PAVEL admettent qu'une vésicule ayant conservé bonne capacité, souplesse, contractilité normale est une vésicule à drainer et non à sous-traire. Ce cas, s'il est possible dans la lipoïdose, la radiographie en témoigne, est cependant rare ; et on admet mal, *a priori*, que l'infiltration pariétale puisse ne pas priver la vésicule d'une bonne partie de ses fonctions motrices.

Mieux que de discuter sur des conceptions fort théoriques, il n'est que d'envisager les résultats des cholécystostomies.

Nous n'apportons aucune statistique personnelle.

LECÈNE et MOULONGUET ne donnent pas de chiffres. Leurs premiers résultats étaient encourageants, mais aucune publication ultérieure n'est venue préciser la permanence de la réussite.

Dans l'ensemble, la littérature française est étrangement muette sur ce chapitre.

A l'étranger, l'étude des statistiques est, par opposition, particulièrement instructive.

ILLINGWORTH résume son opinion en quelques phrases lapidaires.

« Drainer, dit-il, c'est peut-être n'avoir aucune action sur une maladie localisée à la paroi vésiculaire ;

« Drainer, c'est peut-être faire de cette vésicule saine une vésicule infectée, irritée, dont la muqueuse traumatisée réveillera la douleur ».

JUDD et MENTZER rapportent des faits décisifs.

Le nombre est grand, pour eux, des cholécystostomies qui restèrent sans effet et qui réclamèrent la cholécystectomie secondaire.

W. J. MAYO, au cours de ses interventions itératives, a retrouvé sur la paroi vésiculaire les trames typiques de la lipoïdose, un long drainage ne les avait pas fait disparaître.

KOPP se place d'autorité parmi les adversaires de la cholécystostomie et ne rapporte que des observations de cholécystectomie.

FICHERA n'a eu par la cholécystostomie que des déboires ; il cite même un cas de fistule biliaire intarissable dont il rend responsable l'infiltration pariétale.

Méthodes radicales.

Tant d'avis concordant incitent à rejeter la cholécystostomie et à adopter comme méthode de choix : la *cholécystectomie d'emblée*.

Les arguments théoriques en sa faveur ne manquent pas.

L'échec de la cholécystostomie, si fréquent pour ne pas dire constant, en est un de premier ordre. Il ne faut pas admettre que les dépôts lipoïdes peuvent disparaître, se résorber et qu'une vésicule ainsi atteinte peut revenir à la normale et cesser d'être douloureuse. BOYD affirme que la disparition du dépôt lipoïde peut se faire au prix de l'extension d'un processus inflammatoire. Est-ce là une éventualité souhaitable, est-ce là aussi une possibilité certaine et n'avons-nous pas vu soutenir une théorie inverse ? Premier stade de la lipoïdose, l'inflammation pourrait disparaître et ne laisser derrière elle que le dépôt pariétal.

Une observation de M. LERICHE, publiée par COGNIAUX, est à divers titres fort démonstrative :

« Une jeune femme de 29 ans présente depuis quelques mois des crises douloureuses de l'hypocondre droit sans irradiation, ni ictère, ni fièvre, survenant d'abord tous les quinze jours, puis plus fréquemment, au point de devenir subintrantes.

A l'occasion d'une crise plus violente, la malade entre à la clinique avec un syndrome bien particulier.

Pour la première fois depuis le début de l'affection, les douleurs vives s'accompagnent de signes inflammatoires, la température oscille entre 38° et 39°. La leucocytose est de 30.000.

L'examen révèle une défense pariétale franche au niveau du carrefour.

L'intervention, pratiquée avec le diagnostic de cholé-

cystite aiguë, montre une grosse masse de *pancréatite probablement hémorragique*, une vésicule pleine de liquide sous tension contenant à son intérieur une quantité de petits calculs jaunes, gros comme des grains de mil.

On fait une simple cholécystostomie.

Les suites opératoires sont satisfaisantes et six semaines après, aucun signe d'insuffisance pancréatique n'étant relevé, la fistule ne se fermant pas, on pratiqua une cholécystectomie.

Au cours de cette seconde intervention, on incise la masse pancréatique, qui paraît énorme, il s'en écoule 300 grammes de liquide dont le fond est purulent avec des fragments nécrosés, on draine.

Les suites opératoires furent excellentes.

L'examen de la vésicule a montré une vésicule fraise typique avec réaction inflammatoire ».

L'intérêt de cette observation est triple, elle nous apprend :

Qu'une pancréatite aiguë peut compliquer une lipoïdose calculeuse.

Que l'inflammation venue se greffer au cours de l'évolution clinique n'a pas amené en se développant la rétrocession de l'infiltration pariétale.

Que la cholécystostomie n'en a pas déterminé la résorption.

Pour qui considère la lipoïdose comme un stade pré-lithiasique, il est logique d'enlever la vésicule ; on a pu parler de cholécystectomie prophylactique.

De fait, la coexistence si fréquente de la lithiasé, le rôle vraisemblable et déjà discuté de l'infiltration sur sa genèse, légitime une telle conception.

Il n'est pas, jusqu'à l'étude des *résultats éloignés* qui ne nous confirme la valeur de l'intervention radicale.

Certes, il est de règle de reprocher à la cholécystectomie de provoquer des troubles constants, et MM. BÉRARD et MALLET-GUY admettent qu'il existe toujours une dilatation de la voie biliaire principale, survenant après une période latente de trente jours et s'étendant tardivement aux voies intra-hépatiques, que de plus, le jeu normal de l'écoulement biliaire est totalement bouleversé, et qu'enfin un état de microbisme des voies biliaires apparaît souvent dans les mois qui suivent.

Peut-être ces modifications sont-elles à la base des troubles légers qu'accusent presque tous les anciens opérés, troubles qui, selon la parole de l'un d'eux « ne sont rien comparés aux atroces douleurs d'autrefois ».

A l'étude des suites opératoires, nous verrons que les résultats mauvais, il en est quelques-uns mais très peu de cet ordre, ressortissent de mécanismes divers où la cholécystectomie par elle-même n'entre pas en jeu.

L'argument de gravité plus grande qu'on oppose à l'opération radicale ne joue pas car sur les cinquante six observations publiées, il n'y eut qu'un seul décès et encore fut-il lié à une embolie cérébrale, survenue au 25^e jour.

D'ailleurs la cholécystectomie pour vésicule fraise est habituellement facile. Il n'y a là rien qui surprenne

puisque l'on hésite parfois à la faire devant l'aspect quasi-normal du cholécyste.

Peut-être bien d'ailleurs que cette facilité fréquente de l'acte opératoire n'est pas étrangère aux bons résultats à distance, car il faut encore le dire : plus peut-être que dans toute autre intervention, la technique opératoire modifie l'avenir de l'opéré. Un drain fut toujours placé dans le lit hépatique, des mèches quelques rares fois.

Grâce à ce drainage modéré, indispensable mais suffisant, on diminue à coup sûr le nombre des séquelles douloureuses des cholécystectomies ; le tamponnement large de la loge sous-hépatique, sera, plus souvent qu'on ne l'imagine, facteur d'adhérences post-opératoires considérables.

Ainsi la cholécystectomie nous apparaît l'intervention idéale, adoptée d'ailleurs de longue date par M. GOSSET et ses élèves.

Nous avons cité tout à l'heure ses partisans en nommant les adversaires de la cholécystostomie.

Rappelons qu'un chirurgien de la valeur de Lord BERKELEY MOYNIHAN préconise la cholécystectomie d'autorité dans tous les cas de lipoïdose.

Un grand problème se pose alors. Le diagnostic clinique étant toujours incertain, *sur quels arguments se baser pour décider la cholécystectomie*, lors de l'intervention.

Le péritoine incisé et la vésicule découverte, à quels principes se rallier ? Nous ne retiendrons pas les cas faciles qu'on pourrait dire heureux où la lipoïdose est

associée à des petits calculs nettement sentis à travers la paroi, mais restés invisibles. La lithiase certaine indique ici la cholécystectomie ; c'est semble-t-il une règle absolue à laquelle notre Maître M. Gosset est resté fidèle.

Facile aussi est le cas exceptionnel où les grains caractéristiques sont visibles à travers la paroi à peine épaissie ; il n'y a alors plus de doute.

Hormis ces exemples extrêmes, il faut bien connaître les aspects de certaines vésicules pathologiques, qui se révéleront souvent lipoïdiques.

Autour d'elles, il y a d'abord les *adhérences péri-vésiculaires*. Elles ont rarement l'aspect inflammatoire, simples voiles membraneux, avasculaires, minces, transparents, laissant entrevoir le cholécyste. Elles s'étendent du fond ou du col de l'organe à l'angle duodénal, elles seront souvent un signe révélateur.

Les modifications de la paroi ont une valeur plus certaine. Pour qui connaît l'aspect ardoisé d'une vésicule normale, la coloration blanchâtre de la paroi, diffusée à toute son étendue ou localisée par places est un signe d'affection vésiculaire qui ne trompe pas, et pour peu qu'elle coexiste avec une diminution de la souplesse et une augmentation de l'épaisseur pariétale, elle prend une valeur très grande.

Il n'est pas jusqu'à la ponction de tels cholécystes qui ne renseigne : une bile très noire, une paroi blanche, nous l'avons déjà remarqué, voilà des symptômes suspects qui poussent à la cholécystectomie, d'autant plus que l'intervention a été décidée pour un syndrome particulièrement douloureux.

Il s'agit peut-être d'une lipoïdose, mais il est telle vésicule contenant des calculs intramuraux qu'on ne sent pas au palper, qu'on ne découvrira qu'à la coupe et qui n'a d'autres manifestations extérieures que celles que nous venons d'énumérer.

Plus troublant encore est le cas où la vésicule est tellement normale, quant à son apparence externe, que l'on se refuse à faire sur elle la moindre intervention.

S'étant assuré qu'il n'existe ailleurs aucune lésion susceptible d'avoir provoqué les symptômes accusés, que faut-il faire ?

Qui croire alors ?

Le clinicien qui, sûr de son observation clinique, pousse à l'ablation vésiculaire.

Le chirurgien qui, la vésicule sous les yeux, se récuse.

Le radiologue qui affirme parfois que l'image est normale à la cholécystographie.

A notre sens, il faut *se rallier à la clinique*. Une histoire très nette de douleurs hépatiques certaines peut cadrer avec une vésicule apparemment normale. L'observation est particulièrement importante à nos yeux de cette malade pour qui on sut décider la cholécystectomie malgré l'apparence normale du cholécyste, beaucoup à cause des crises douloureuses excessives, un peu en raison du taux élevé de la bilirubinémie. La photographie témoigne assez du beau type de vésicule fraise qu'on faillit laisser en place. Or la guérison fut totale après la cholécystectomie,

Certes, il serait plus satisfaisant de reconnaître la nature de la lésion avant de décider le sacrifice vésiculaire.

Il semble que ce soit souvent possible et qu'il est logique de proposer, en cas de doute : *l'exploration de la paroi interne par taille vésiculaire*.

L'absence de lésion autoriserait alors à faire une cholécystostomie. Ce n'est d'ailleurs pas là une méthode d'une rigueur absolue, car si un cas net de lipoïdose ne semble pas devoir échapper à une exploration de cet ordre, quelques papillomes disséminés peuvent se dissimuler dans un repli muqueux, et on sait que, même peu nombreux, ils suffisent à entraîner un syndrome douloureux aussi clair que violent.

Faut-il alors attendre plus de *l'examen endoscopique des voies biliaires*, proposé par E. C. GRACIUN et V. STEPORE sous le nom de choledoco-hépatoscopie.

Il est séduisant en principe ; en l'absence d'observations probantes affirmant ses résultats, on ne peut que se borner à en proposer l'idée.

Plus satisfaisante serait encore la *biopsie extemporanée du produit de râclage*. On l'a également suggérée, elle nous paraît irréalisable car pour faire apparaître dans les mailles du chorion l'infiltration lipoïde, il faut une préparation de la coupe qui ne se prête guère à la rapidité.

En fait, il faut retenir avant tout que *l'histoire de la maladie doit jouer un rôle de premier plan dans le déterminisme de nos actes*.

Il n'y a pas de critère absolu permettant d'affirmer la

lipioïdose au cours de la laparotomie, mais un faisceau de présomptions, que nous considérons comme suffisant pour justifier la cholécystectomie.

Faut-il faire plus encore ?

Tout dépend de l'état de la voie biliaire principale. Son exploration sera systématique. Il est exceptionnel qu'elle amène la découverte d'un calcul cholédocien, nécessitant l'ouverture du canal et son drainage.

Contrôler l'état du foie, du pancréas est un réflexe qui n'est pas vain. On peut en tirer des conclusions quant au pronostic.

L'appendice n'a été enlevé avec la vésicule que six fois et encore son état ne justifiait-il pas toujours son excrèse. Nous sommes loin de l'appendicectomie d'office proposée par certains.

En un mot : la cholécystectomie, avec de rigueur, comme toujours, une exploration consciencieuse du carrefour, c'est à cela que doit se borner l'acte opératoire.

Suites opératoires

Que les suites opératoires justifient l'adoption d'une telle conduite nous paraît certain.

Mais avant de les étudier, il faut mettre en évidence un fait essentiel.

On espère souvent trop de la cholécystectomie, on attend d'elle, comme aussi de toutes les interventions de drainage biliaire, un résultat idéal, une guérison parfaite. Vienne-t-elle à laisser persister derrière elle quelques manifestations vagues, à type de douleurs ou

de dyspepsie, on a tôt fait de la condamner sans retour.

Or, il s'agit là, souvent, de « *petits troubles* » bien mis en évidence par MM. A. GOSSET et PETIT-DUTAILLIS ; il faut compter avec eux, certes, mais ne sait-on pas qu'aucune intervention ne peut en mettre sûrement à l'abri.

Ils attestent l'*atteinte hépatique concomitante*, atteinte qu'il est d'ailleurs assez surprenant de voir disparaître parfois aussi complètement que les grandes crises douloureuses après l'ablation vésiculaire.

Parmi eux, il est rationnel de ranger les troubles dyspeptiques, certaines crises bilieuses avec vomissements, les tiraillements de l'hypocondre droit, soumis si souvent à l'influence des saisons, la diarrhée enfin, impérieuse au début, calmée par la suite, diarrhée de chasse biliaire, dont certains se félicitent au lieu de s'en plaindre.

Mis en lumière à nouveau, au récent Congrès de la lithiase, ces faits nous incitent à ne pas être trop exigeants dans nos appréciations post-opératoires. Il est d'ailleurs quelques moyens efficaces de lutte contre cette hépatite résiduelle mêlée parfois à un léger degré de pancréatite chronique.

L'important, dans une affection aussi sévèrement douloureuse que la lipioïdose, c'est d'obtenir par l'intervention la suppression à jamais des crises aiguës.

N'envisageant que nos 25 cas de lipioïdose puré, nous apportons 17 résultats que nous qualifierons d'excellents : amélioration complète, amélioration considérable, telles

sont les réponses des malades, mais le terme de guérison totale ne figure pas toujours car certains accusent, à un degré variable, s'atténuant avec le temps, un ou plusieurs des petits troubles signalés.

Cette *amélioration spontanée, lente*, plus nette quand le régime est suivi, faut-il la mettre sur le compte d'une adaptation progressive des voies biliaires à leur nouvelle fonction, ou mieux en rendre responsable le foie lui-même qui, privé de l'épine irritative qu'est pour lui la vésicule lipéidique, retrouve peu à peu son rendement intégral. Seules des méthodes d'exploration fonctionnelle attentive nous permettront de répondre.

Il est de notion courante que la cholestérinémie semble augmenter quand sont mauvaises les suites opératoires, quand sont marqués les troubles observés, mais nous savons trop la variabilité extrême, sous les influences les plus diverses du taux de la cholestérine sanguine, pour y attribuer la moindre valeur.

Peut-être faut-il accorder plus de crédit à la *bilirubinémie* : son taux reviendrait d'autant plus vite à la normale que les suites opératoires ont chance d'être favorables et, que, semble-t-il, la glande hépatique recouvre ses fonctions.

On peut lire dans l'observation 25, le retour à la normale de la bilirubinémie en quelques mois et confronter le résultat clinique obtenu.

Quant aux cas de *lipéidose avec lithiase*, ils donnent 19 guérisons ou surtout grandes améliorations sur 31 cas opérés, mais il manque 6 réponses à l'enquête.

L'intérêt est moindre dès qu'apparaissent des calculs, car c'est alors discuter plus l'avenir d'un lithiasique opéré, d'aucuns reléguant au second plan le rôle du lipoïde intra-pariétal.

Mais il est à côté de ces résultats heureux et nombreux quelques résultats mauvais. On revoit parfois des malades imparfaitement soulagées et chez lesquelles on n'ose plus parler de petits troubles mais bien de persistance de crise majeure. Toute statistique qui n'est pas intégrale est sujette à caution. Il y a parmi nos observations des résultats qui faute d'avoir été contrôlés, ne peuvent s'inscrire à l'un ou l'autre groupe et viennent fausser la valeur des chiffres, d'autres sont des améliorations probables, mais la persistance de troubles douloureux et dyspeptiques qui semblent bien liés à une affection étrangère : pyélonéphrite dans un cas, diverticule de l'œsophage dans un autre, ne permettent pas d'en faire état. En fait, les mauvaises suites sont rares. Il ne nous a pas paru qu'on puisse incriminer à leur origine une faute de technique opératoire.

Nous n'avons constaté qu'une seule éventration ; elle est exceptionnelle d'ailleurs avec l'incision médiane plus habituellement employée.

Il existe sûrement des *adhérences*, mais ont-elles le rôle fondamental, la fréquence qu'on leur attribue classiquement ? N'est-ce pas une conclusion trop facile ? Il faudrait pour l'affirmer avoir l'occasion de réintervenir plus souvent pour séquelles douloureuses, or c'est ici l'exception.

Une observation est cependant fort instructive à cet égard :

Malgré l'intervention première qui avait enlevé, pour crises de coliques hépatiques certaines et répétées, une vésicule où l'examen histologique montrait : « quelques amas de spongiocytes bourrés d'inclusions graisseuses dans un chorion légèrement scléreux, sans aucune trace de réaction inflammatoire », la malade ne fut soulagée que pendant cinq mois, au bout desquels, après *chaque période de règles* réapparaissent des crises douloureuses rappelant les anciennes par leur violence, accompagnées de vomissements, sans température, ni ictère (observation n° 21).

Le diagnostic est porté d'adhérences du carrefour et l'existence d'une rétroversion aidant, on opère à nouveau.

Au cours de cette seconde laparotomie :

— l'utérus est fixé par un Doléris,

— on libère quelques adhérences duodéno-coliques lâches,

Aucun soulagement n'est obtenu et les crises repa-
raissent aussitôt, toujours rythmées par les règles.

Que dire ici, sinon qu'il s'agit d'une de ces *séquelles hépatiques douloureuses*, récemment étudiées par MM. GUTMANN et LARGET, M. JAHIEL, apparentées aux crises hépatiques dites colloïdo-clasiques.

On connaît l'observation rapportée par MM. GUTMANN et LARGET, d'une malade qui présentait depuis de longues années des migraines à chaque époque menstruelle et chez laquelle à la suite d'une grossesse appa-

raissent des crises typiques de coliques hépatiques, déclanchées aussi par les règles. La répétition des crises amène à l'intervention. On découvre une vésicule fraise et espère l'amélioration de ce fait. Or, après la cholécystectomie, les crises éclatent comme par le passé. Ici, on peut admettre que, par son apparition, la lipoïdose a localisé sur le foie, en jouant le rôle classique de l'agent irritateur, les décharges anaphylactiques du choc menstruel. L'ablation de l'agent irritant n'a pas suffi à arrêter le processus. Il persiste une sensibilité hépatique à la fonction ovarienne, à laquelle il est logique de chercher à pallier par la suppression des règles.

Ces notions nouvelles, riches d'intérêt, soulèvent ainsi le problème de l'origine hépatique véritable de la colique hépatique.

Il faut des observations nouvelles et multiples pour conclure.

Il n'est pas question, au surplus, de faire rentrer dans ce cadre toutes les suites opératoires défavorables.

Une malade se plaint de crises douloureuses avec ictère prolongé survenu à trois reprises. L'histoire qu'elle raconte maintenant est peut-être celle d'une lithiase cholédocienne. Une seconde intervention envisagée n'a pu être encore effectuée, la malade s'y refusant.

D'autres séquelles seront mises sur le compte d'une pancréatite chronique secondairement développée ou ayant échappé à l'intervention.

D'autres enfin restent obscures, et il faut savoir, par des examens rigoureux, dépister parfois une lésion mé-

connue : ulcère gastrique ou duodéal, appendicite très rarement.

Il reste encore malgré tout certains faits inexpliqués.

Comme au décours de toute intervention sur les voies biliaires, bien qu'il soit banal de le dire, constatons qu'ici aussi un régime strict, une cure thermale auront souvent raison de quelques troubles persistants.

Il est bon de citer au terme de cette étude *quelques statistiques étrangères*.

JUDD et MENTZER publient, en 1925, les résultats de la clinique Mayo. On sait que la cholécystectomie pour lipôidose y est un dogme.

La cholécystectomie pour vésicule fraise, sans calculs, a donné :

67 % de très bons résultats ;

10 % de bons résultats ;

8 % de médiocres ;

pour vésicule fraise avec calculs les chiffres sont un peu supérieurs :

les très bonnes suites sont au nombre de 87 % :

les bonnes de 8 % ;

les médiocres de 2 %.

ILLINGWORTH, sur une série de 6 cas suivis de six mois à quatre ans, n'observe aucune rechute.

KOPP a 7 guérisons complètes sur 12 cas, mais sur ces 7 cas, 3 fois il a enlevé l'appendice. Ses observations perdent de la valeur.

FICHERA, sans fournir de statistique, se montre résolument favorable à l'opération radicale.

Ainsi sommes-nous amené, pour conclure, à reprendre la phrase de MOYNIHAN, écrite lors des premiers travaux sur la lipoïdose :

« La vésicule fraise est une affection de la vésicule biliaire nécessitant une cholécystectomie ».

Nous souhaitons avoir prouvé au cours de ce travail le bien fondé de cette notion que notre maître M. le Professeur GOSSET défend en France depuis de longues années.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS DE LIPOÏDOSE PURE

LIPOÏDOSE PURE

Obs. I. — Mme B R..., âgée de 30 ans.

C'est pour une histoire très nette de lithias biliaire que la malade est entrée à la clinique le 8 novembre 1920.

Le caractère des douleurs, leur irradiation, leur siège, tout concourt à leur donner une origine vésiculaire.

Il n'y a jamais eu d'ictère, ni de fièvre.

L'ensemble des troubles dure depuis trois ans environ et ne s'améliore nullement.

Intervention le 16 novembre 1920 par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale. La vésicule est distendue, plus blanche que normalement surtout à sa partie supérieure, on ne sent à son intérieur aucun calcul.

Cholécystectomie, un drain.

L'appendice a été enlevé plusieurs années auparavant. Résection de l'épiploon malade.

La vésicule ouverte, on constate au voisinage du col un placard serré de fines granulations fraise typiques. Il n'y a pas de calculs libres.

L'examen histologique confirme l'existence d'une lipéidose.

Il n'a pas été possible d'obtenir de renseignements sur les suites opératoires éloignées de cette lipéidose isolée.

Obs. II. — Mlle J. M..., 42 ans.

Déjà opérée 24 ans auparavant d'hystéropexie et d'appendicectomie. La malade entre à la Salpêtrière le 16 novembre 1920. Il y a deux ans sont apparues des crises douloureuses localisées à l'hypocondre droit, à type de colique hépatique.

Ces crises durent 3 ou 4 heures, sont souvent terminées par un vomissement. A plusieurs reprises, la température avec elles, s'est élevée à 38°5.

Actuellement, elles semblent vouloir se rapprocher puisque celle qui amène la malade est la quatrième de l'année.

Une radiographie a vérifié l'intégrité de l'appareil digestif.

Intervention par M. le Professeur Gosset le 24 novembre 1920.

Incision transversale. L'estomac et le duodénum sont en effet normaux, mais le fond de la vésicule, plus blanc que normalement, est adhérent au duodénum. La bile retirée par ponction est très noire, on ne sent de calculs ni dans le cholécyste, ni dans le cholédoque.

Cholécystectomie, un drain.

La vésicule ouverte montre un semis de grains « strawberry » qu'on peut dire caractéristique.

Ces grains examinés se montrent formés sous une muqueuse normale de spongiocytes infiltrant le chorion et bourrés de lipoïdes.

Les suites opératoires immédiates furent bonnes.

Il est difficile d'apprécier, à leur juste valeur, les suites éloignées, car elles sont compliquées d'une pyélonéphrite du rein droit qui nécessite deux cures à Vittel.

Revue 7 ans après, la malade n'avait plus jamais de crises douloureuses hépatiques mais il persistait une sensibilité assez particulière dans la région du foie au palper.

Les dernières enquêtes sont restées négatives.

Obs. III. — Mme P. P..., âgée de 55 ans.

Il y a deux ans que sont apparues des douleurs d'abord très

vagues, puis de plus en plus nettes, à la base du thorax, en ceinture.

Elles coexistent avec des troubles gastro intestinaux à type de pesanteur épigastrique et somnolence après les repas.

En août 1920, se déclare brusquement une crise douloureuse, très violente dans l'hypocondre droit, avec irradiation vers le creux épigastrique, l'angle de l'omoplate, sans fièvre, ni frissons. A la suite de cet épisode aigu : ces douleurs deviennent de plus en plus intenses, aboutissant à un véritable état de mal.

Un mois avant l'entrée à l'hôpital, le 20 octobre 1920, un amaigrissement de près de 20 kilogrammes déjà s'accroît.

Il n'y a jamais eu d'ictère ou même de subictère. A l'examen : la région vésiculaire est douloureuse, le foie un peu augmenté de volume. On croit sentir la vésicule au palper.

Intervention : le 16 décembre 1920, par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale. Estomac et pylore sont normaux, la vésicule est grosse, distendue, adhérente à l'angle droit du côlon.

Le foie est de volume normal, un peu dur.

Par ponction, on retire une centaine de grammes de bile noire.

Cholécystectomie car bien qu'on ne sente pas de calculs à l'intérieur, l'aspect blanchâtre des parois fait penser à une affection vésiculaire, un drain.

L'examen montre sur la paroi interne de la vésicule deux grains, jaunâtres, adhérents ; il n'y a pas traces de calculs.

L'examen de la muqueuse et des deux grains en particulier montre par les colorations habituelles l'infiltration lipoïde du chorion par les spongiocytes.

Vingt-cinq jours après l'intervention, la malade meurt avec des symptômes paralytiques liés à une embolie cérébrale.

Obs. IV. — Mme M. B..., 30 ans.

Entrée à la Salpêtrière le 25 mars 1921.

Il s'agit d'une histoire assez courte puisqu'elle ne date que de deux ans.

Douleurs dans l'hypocondre droit, survenues trois heures après le repas, irradiant dans l'épaule droite, accompagnées de nausées, de frissons, parfois de subictère. Tel est le schéma des crises.

Elles paraissent assez nettement vésiculaires, assez sûrement persistantes malgré un régime suivi pour décider à l'intervention.

Les examens préopératoires décèlent : une urée sanguine égale à 0 gr. 30.

Intervention : le 8 avril 1921, par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale. Péricholécystite. Vésicule adhérente à l'angle droit du duodénum sans calculs.

Il y a quelques ganglions le long du cystique,

Le pylore et l'angle droit du côlon sont normaux.

Cholécystectomie : un drain, deux mèches. A l'examen de la pièce ; il s'agit de la forme de lipoïdose étiquetée : papilloma-teuse

En effet, sur une muqueuse d'aspect passablement normal : un seul grain jaune pédiculé fait saillie.

Les suites opératoires sont excellentes à tous points de vue. Six ans après, la malade se considérait comme totalement guérie venant justifier la confiance mise dans la cholécystectomie.

Obs. V. — Mlle W..., âgée de 38 ans.

C'est pour un syndrome gastrique, plutôt que vésiculaire, que la malade entre à l'hôpital privé le 10 avril 1921.

Depuis 3 ans environ, elle accuse des douleurs vives au niveau de l'épigastre, douleurs en broche survenant par crises, suivies d'éruclations acides, mais on ne peut faire préciser d'horaire post-prandial net. Cependant les irradiations en broche font penser à l'existence des ulcus,

Il n'y a jamais eu d'ictère ou même de subictère, jamais de température,

L'examen montre un point douloureux épigastrique. Le carrefour ne paraît pas sensible, on éveille au palper une douleur un peu plus haute que le Mac Burney.

La radiographie ne permet pas de déceler d'image de lésion organique gastro-duodénale. On ne voit pas de calculs dans la vésicule.

Intervention le 14 avril 1921 par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus-ombilicale. Exploration de l'estomac qui est sain, ainsi que le pylore et le duodénum. La vésicule, un peu grosse, déborde de deux travers de doigt le bord inférieur du foie. Il n'y a pas d'adhérences périvésiculaires, mais les paires sont blanches.

Cholécystectomie et appendicectomie, sans drainage.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une lipoïdose légère, à grains de petite taille sans calculs. Les villosités sont gonflées, sous un épithélium intact, de spongiocytes bourrés d'acides gras. Il n'y a pas de réaction inflammatoire.

Les suites opératoires proches sont excellentes pendant les six premiers mois, les douleurs ont disparu, la malade reprend du poids.

Puis à la suite de fatigues, de contrariétés, les douleurs gastriques reparaissent accompagnées de vomissements. Il semble que le régime ait une heureuse influence sur ces symptômes et amène un soulagement au mois de mars 1927.

Une enquête plus récente est restée sans réponse.

Obs. VI. — Mme H..., âgée de 42 ans.

L'histoire de cette malade est complexe car il s'y mêle étroitement des signes d'appendicite et des signes de lithiase biliaire.

Depuis bientôt quinze ans, des pesanteurs épigastriques, des digestions difficiles, une constipation chronique rebelle ont altéré l'état général.

En 1916, une première crise de colique hépatique, sans ictère, mais à symptomatologie précise survient. Elle sera suivie de crises moins violentes survenant tous les deux ou trois mois,

parmi lesquelles une a été qualifiée de « crise appendiculaire ». La deuxième poussée semble bien être d'origine hépatique, elle s'est terminée un mois auparavant, et on en trouve des traces au palper :

point de Murphy ;

sensibilité diffuse du carrefour.

La radiographie montre l'intégrité du tube digestif, l'absence de calculs,

Intervention par M. le Professeur Gosset le 26 avril 1921.

Laparotomie médiane. Estomac indemne. Vésicule blanche distendue.

Cholécystectomie suivie d'appendicectomie, sans drainage.

La vésicule ouverte contient une bile très épaisse sans calculs.

La muqueuse a bien l'aspect des lipoïdoses.

L'appendice est rempli de muco pus.

L'examen histologique confirme ces présomptions.

Les suites opératoires ne sont pas d'emblée satisfaisantes, puisque jusqu'au 1^{er} novembre 1921, l'état reste ce qu'il était avant l'opération malgré une amélioration légère. Six ans après, il persiste : dans la région sous-hépatique des douleurs continues, exaspérées par crises violentes tous les mois avec vomissements de bile, de la constipation, des migraines.

Tous symptômes qui s'exagèrent à l'approche des règles et ne s'accompagnent d'aucun crochet fébrile.

Obs. VII. — Mme C. M. , âgée de 45 ans.

Entre à la Salpêtrière pour douleurs paroxystiques de l'hypocondre droit, le 22 mars 1922.

Depuis juillet 1918, la malade est sujette à des crises douloureuses, souvent nocturnes, nettement caractérisées ; elles siègent dans l'hypocondre droit, irradient vers l'épaule homologue, durent cinq à six heures et se terminent progressivement. Les jours suivant un subictère apparaît, les urines sont foncées, les matières un peu décolorées.

Séparées par des intervalles de plusieurs mois au début, elles

se rapprochent au point de survenir tous les quinze jours en moyenne.

Jamais on ne constate d'élévation de température au cours des crises, mais il y a souvent quelques frissons.

L'examen montre un point vésiculaire très net au bord inférieur du foie on croit sentir la vésicule, ampoule piriforme dont le palper est douloureux.

Dans les antécédents : on note deux grossesses et deux fausses couches.

Les examens préopératoires montrent que :

l'urée sanguine est de 0,19 p. 1000.

la cholestérinémie de 1 gr. 50 p. 1000.

Intervention par M. le Professeur Gosset, 29 mars 1922.

Vésicule légèrement adhérente au duodénum, à parois épaisses, blanchâtres.

Bile noire à la ponction.

Cholécystectomie. Drain sous-hépatique.

Appendicectomie d'un appendice paraissant indemne.

A l'ouverture de la pièce ; il s'agit d'une lipoïdose diffuse typique, confirmée par l'examen histologique :

Infiltration du chorion par des spongiocytes bourrés de lipoides. Les spongiocytes pénètrent jusque dans l'interstice des fibres de la musculature.

Les suites opératoires sont excellentes, puisque cinq ans après la malade est parfaitement soulagée et que la palpation de la région vésiculaire ne réveille aucune sensibilité, en janvier 1927.

Obs. VIII. — Mme B..., 40 ans.

Depuis plusieurs années, des crises douloureuses surviennent, sans horaire précis, localisées à l'hypocondre droit, irradiées à l'épaule droite, extrêmement violentes ; elles ne s'accompagnent au début ni d'ictère, ni d'élévation de température.

Quand la malade entre à la Salpêtrière le 2 mai 1922, on apprend que les deux dernières crises apparues, respectivement au début de mars et d'avril, ont été particulièrement

graves et d'un caractère inflammatoire certain, avec une élévation de température de plusieurs jours à 38°5, des phénomènes de réaction péritonéale.

Les examens pré-opératoires ne montrent rien de notable.

Dans les antécédents, on retrouve : une typhoïde en 1903, une appendicectomie en 1914.

Intervention le 10 mai 1922, par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale, la vésicule est adhérente à l'épiploon, sa paroi est épaisse, d'aspect légèrement inflammatoire. On ne sent pas de calculs à l'intérieur.

L'estomac et le duodénum sont normaux.

Cholécystectomie, un drain.

Une fois ouverte, on voit l'aspect fraise modéré de la paroi vésiculaire.

L'examen histologique montre qu'il existe par places une infiltration spongiocytaire du chorion, une certaine réaction inflammatoire.

C'est une lipoïdose discrète.

Les suites opératoires sont bonnes.

En effet, à part quelques légères douleurs hépatiques, il n'y aura plus à l'avenir de franches crises de colique hépatique, une grossesse est menée à bien deux ans après l'opération, l'amélioration persiste dix ans après l'intervention.

Obs. IX. — Mme M..., âgée de 45 ans.

C'est pour une histoire ancienne dite de lithiase vésiculaire ayant débuté il y a 17 ans, que l'intervention est décidée.

Les crises douloureuses nettes par leur siège, leur irradiation, ne s'accompagnent ni d'ictère, ni de température.

Leur fréquence est telle dans les mois précédant l'hospitalisation, qu'il persiste de façon continue un état d'endolorissement hépatique retentissant sur l'alimentation.

L'examen montre un point douloureux vésiculaire très net, l'absence totale d'image calculeuse à la radiographie.

Intervention par M. le Professeur Gosset, le 28 avril 1923.

La vésicule est blanche, épaissie, distendue par du liquide ; on ne sent pas de calculs à travers ses parois.

Cholécystectomie, un drain.

À l'ouverture de la pièce : l'aspect « strawberry » est manifeste.

L'examen histologique confirme la nature de la lésion :

Sous l'épithélium intact nombreux spongiocytes bourrés de lipoides. Il y a quelques nodules d'aspect inflammatoire dans la tunique adventicielle.

La malade écrit plusieurs années après l'intervention, qu'après dix-sept ans de souffrances, elle a trouvé enfin un soulagement complet.

C'est un beau cas de guérison radicale.

Obs. X. — Mme H..., âgée de 56 ans.

Depuis plusieurs années la malade se plaint de crises douloureuses du flanc et de l'hypocondre droit, crises douloureuses souvent tardives après les repas, apparaissant plus volontiers après les repas du soir, une ou deux fois par mois, rarement plus.

Il n'a jamais été noté d'ictère ou de fièvre.

Un interrogatoire attentif précise l'existence, entre les crises, de troubles dyspeptiques : digestions difficiles, nausées. Ce sont autant ces troubles dyspeptiques que les douleurs qui amènent à envisager une intervention chirurgicale.

Les examens préopératoires ne montrent rien d'anormal, une radiographie ne montre pas trace de calcul visible.

Intervention : par M. le Professeur Gosset, le 18 mars 1924.

Incision transversale. La vésicule apparaît un peu grosse et blanche, à parois un peu épaissies, sans calculs.

La bile est très noire à la ponction.

Cholécystectomie, avec un drain et une mèche.

Appendice lipomateux : appendicectomie.

Ouverte, la vésicule montre un aspect « strawberry ».

L'examen histologique confirme ces présomptions :

Le chorion fibreux est infiltré de volumineux spongiocytes. Infiltration diffuse mais atténuée par places.

Spongiocytes bourrés de lipoides.

L'épithélium de revêtement est intact.

Les suites opératoires sont compliquées par l'apparition d'une entérite chronique avec alternatives de constipation et de diarrhée.

Il persiste quelques douleurs dans la région hépatique.

Dans l'ensemble il s'agit d'une amélioration mais non de guérison radicale.

La malade a été suivie trois ans.

Obs. XI. — Mme G..., âgée de 27 ans.

C'est il y a 3 ans qu'est apparue la première crise douloureuse de l'hypocondre droit. Très violente, accompagnée de vomissements, suivie d'ictère, elle ressemblait beaucoup à une colique hépatique, elle s'est prolongée dix jours en s'atténuant peu à peu. Six mois plus tard, une nouvelle crise très comparable à la précédente, n'a duré que quatre jours.

Plus récemment, deux crises douloureuses à irradiation haute sans ictère, sans fièvre, ont décidé la malade à entrer dans un service de chirurgie.

A l'examen : la région vésiculaire est électivement douloureuse. Il n'est pas possible de percevoir la vésicule ; le foie est de volume normal.

Le dosage de la cholestérine du sang : 1 gr. 50.

La radio ne montre pas de calculs.

Intervention, le 7 mai 1924, par M. le Professeur Gosset.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. La vésicule est adhérente au duodénum, la bile qu'on retire par ponction est très foncée.

Cholécystectomie suivie d'appendicectomie.

Un drain et une mèche dans le lit vésiculaire.

La vésicule ouverte montre un aspect fraise de sa paroi, d'emblée reconnu ; il n'y a pas de calculs.

Au microscope, le chorion sclérosé est riche en spongiocytes, sous un épithélium intact : pas de nodules inflammatoires.

A la suite de l'intervention, la malade n'éprouve pratiquement aucun soulagement. On apprend qu'elle est morte deux ans après d'une crise d'éclampsie.

Obs. XII. — Mme L..., 46 ans.

Ce n'est que depuis deux ans que la malade ressent les troubles qui motivent son admission.

Il s'agit de crises douloureuses épigastriques et en ceinture irradiant surtout vers l'hypocondre droit, apparues trois heures après les repas : elles n'entraînent jamais ni poussée fébrile, ni ictère.

C'est leur répétition brusque, quotidienne depuis un mois, qui fait réclamer l'intervention.

L'examen montre un point douloureux vésiculaire. On ne perçoit aucune modification du foie ou de la vésicule.

Le dosage de cholestérine : 1,75.

La radiographie ne montre pas de calcul.

Intervention le 10 août 1925 par M. le Professeur Gosset.

La vésicule est blanche, la bile retirée par ponction est noire ; à travers les parois un peu épaissies, on ne sent aucune concrétion.

Cholécystectomie rétrograde : un drain.

L'examen de la vésicule évoque l'idée d'une lipoïdose.

L'examen histologique en affirme l'existence. L'épithélium de revêtement est intact, le chorion bourré de spongiocytes à contenu lipoïdique.

Enfin toute la paroi présente une réaction inflammatoire diffuse et à mononucléaires.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes puisque revue deux ans, puis quatre ans après, la malade est en excellent état. Il n'y a plus jamais ni crises, ni nausées.

Obs. XIII. — Mme R..., 36 ans.

C'est 7 ans auparavant que sont apparues les premières crises de colique hépatique.

Celles-ci, très nettes dans leur symptomatologie, ne se sont jamais accompagnées d'élévation de fièvre, mais à plusieurs reprises elles ont été suivies d'ictère.

Il ne semble pas que la fréquence des crises s'exagère, elles surviennent tous les trois mois environ mais lassée par leur persistance la malade entre à la Sapètrière.

On constate à son entrée une légère sensibilité au palper dans la région vésiculaire, la vésicule elle-même n'est pas perçue.

La radiographie ne montre pas de calculs.

Les examens pré-opératoires sont normaux :

Azotémie..... 0 gr. 25

Cholestérinémie. 1 gr. 60

Intervention par M. le Dr Charrier, le 30 mars 1926.

La vésicule qui paraît un peu plus vascularisée que normalement, a des parois d'épaisseur normale, ne renferme pas de calculs.

Etant donnée la netteté de l'histoire clinique :

Cholécystectomie avec drain et une mèche dans le lit vésiculaire.

A l'ouverture de la pièce : on constate un aspect fruste de lipôïdose disséminée.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une infiltration modérée du chorion par des spongiocytes à contenu lipôïdique.

L'épithélium est intact. Pas de réaction inflammatoire.

Suites opératoires :

Revue un an après. Interrogée six ans après, la malade ne présente plus que de petits troubles très légers, mais les grandes crises douloureuses ont totalement disparu depuis l'opération.

Obs. XIV. — Mme L .., 44 ans.

Le début des troubles ayant un caractère nettement hépatique

remonte à 3 ans, mais depuis bientôt 15 ans, la malade se plaint de digestions difficiles, de constipation.

Les douleurs actuelles surviennent tous les mois ; parties sous les fausses côtes du côté droit, elles irradient dorsalement, par intervalles, elles s'accompagnent de subictère, mais il semble bien qu'il n'y ait jamais eu d'élévation marquée de la température.

Leur imprécision ne permet pas d'affirmer un diagnostic.

Déjà une radiographie en 1923 avait montré un estomac normal, mais ptosé.

Une radiographie faite à l'entrée de la malade au mois de mai 1926 montre : l'absence de lésions gastriques ou duodénales. Il n'y a pas de calcul visible, mais sans préparation particulière une ombre apparaît qui semble répondre aux contours d'une vésicule biliaire un peu augmentée de volume.

Dans les antécédents : il y a 22 ans, une grossesse à terme ; quelques mois après, vraisemblablement pour infection utéro-annexielle : Hystérectomie vaginale.

Intervention le 1^{er} juin 1920 par M. le Professeur Gosset.

Vésicule blanche, à paroi épaisse, lipomateuse, adhérente sur sa face inférieure.

Cholécystectomie d'avant en arrière, un drain.

Appendicectomie complémentaire.

L'examen histologique prouve que l'on est en présence d'une lipoïdose type.

Des amas de spongiocytes riches en inclusions lipoïdiennes infiltrent le chorion scléreux.

Pas de lésions inflammatoires évolutives.

Les suites opératoires sont favorables.

Si l'on ne note pas de crises douloureuses post opératoires franches, il persiste cependant de temps à autre une petite poussée douloureuse dans la région hépatique, des troubles intestinaux.

Ceci aux dernières nouvelles de la malade qui datent de la fin de 1928

Obs. XV. — Mme L..., âgée de 30 ans.

Depuis l'âge de 14 ans, la malade se plaint de douleurs gastriques survenant 4 à 5 heures après les repas, des vomissements calment la douleur parfois.

Depuis un an les crises ont changé de caractère : violentes au point que le malade se roule par terre, plus qu'épigastriques elles sont maintenant sous-hépatiques. Néanmoins avec elles il n'y a jamais d'ictère, aucune élévation de température.

Il n'y a pas de faim douloureuse, ni hématemèse, ni mœlena.

L'examen réveille une douleur au niveau du carrefour, sans localisation précise.

La radiographie montre l'intégrité du tractus digestif.

Les examens préopératoires sont normaux.

Il n'y a eu ni grossesse, ni typhoïde.

Intervention par M. le Professeur Gosset, le 26 octobre 1926.

La vésicule qui est libre serait aisément qualifiée de normale n'était l'aspect blanchâtre de ses parois. On fait une cholécystectomie rétrograde facile.

Un drain sous-hépatique.

L'appendicite est vérifié et enlevé sans qu'il paraisse enflammé.

Ce n'est que la vésicule ouverte que l'on reconnaît qu'il s'agit d'une vésicule fraise typique sans calculs.

Des amas de spongiocytes bourrés de lipoides, fréquemment mis à nu, paraissent se déverser dans la cavité vésiculaire.

Sclérose de la paroi.

A la suite de l'opération :

Les crises douloureuses de l'hypocondre droit ont cessé complètement et ceci fut vérifié six ans après.

Seuls persistent une sensibilité épigastrique légère, des troubles digestifs réflexes liés peut-être à une métrite chronique.

Obs. XVI. — Mme T..., âgée de 40 ans.

Le début des troubles remonte à 5 ans, quand la malade entre à la Salpêtrière, au début de novembre 1926.

Une appendicectomie, pratiquée un an auparavant, n'a amené aucune amélioration. De fait, il s'agit sûrement de crises hépatovésiculaires. Les douleurs sont nettement localisées à l'hypochondre droit et irradient souvent vers l'épaule ; avec elles des nausées, pas de vomissements. Elles sont permanentes, mais exagérées par paroxysmes surtout trois heures après les repas ; à plusieurs reprises un subictère de quelques jours est apparu.

L'examen ne montre qu'une zone douloureuse au niveau du carrefour.

La cholécystographie montre :

à la neuvième heure : une vésicule à peine visible ;

à la vingt-quatrième heure : une vésicule visible à contours réguliers.

On concluerait alors volontiers à vésicule saine.

Intervention par M. le Professeur Gosset le 6 novembre 1926.

L'estomac est un peu dilaté, sans ulcère, ni sur la petite courbure, ni sur le duodénum.

La vésicule est plus blanche que normalement.

On ne sent pas de calculs. La ponction retire 50 grammes de bile foncée.

Cholécystectomie, un drain.

A l'ouverture : il existe, implantée sur la paroi vésiculaire par un pédicule, une concrétion grosse comme trois grains de millet.

L'examen histologique permet de constater qu'il s'agit d'un « calcul pédiculé » formé de spongiocytes bourrés d'acides gras.

Le revêtement épithélial est conservé. On reconnaît un solide pédicule vasculaire fixant le calcul par un de ses pôles.

Revue six mois après, interrogée 6 ans après : la malade affirme une amélioration progressive, mais non exempte de petits accidents douloureux hépatiques, s'espacant au fur et à mesure.

Il y a une reprise nette d'embonpoint.

Obs. XVII. - Mme G..., 53 ans.

La malade est envoyée à la Clinique chirurgicale de la Salpê-

trière, à la fin de février 1928 pour une longue histoire ayant débuté près de 15 ans auparavant.

Il ne s'agit pas d'ailleurs de crises douloureuses, en effet chaque poussée est caractérisée par l'apparition de nausées ou de vomissements allant de pair avec des vertiges et des frissons accentués, c'est à jeun habituellement qu'elles se déclenchent.

La première semble avoir coexisté avec une grossesse terminée par l'accouchement d'un enfant mort-né.

Les suivantes sont échelonnées sur des années, séparées par de longs intervalles libres de plusieurs mois souvent.

Mais depuis le mois d'octobre 1927, les crises plus fréquentes se répètent au rythme de trois par mois.

Il y a souvent eu, accompagnant les crises : une élévation légère de la température : 38° environ, un léger subictère conjonctival.

Un amaigrissement notable de plusieurs kilogs inquiète la malade, qui se sent déprimée.

A l'examen :

On réveille, sous le rebord costal droit, une douleur nette, mais qui paraît en dehors de la vésicule.

La vésicule n'est pas palpable. Le foie n'est pas hypertrophié.

L'examen radiographique fut particulièrement déroutant, montrant deux taches :

une qui paraît indépendante du duodénum :

préexiste au remplissage de l'estomac ;

persiste après l'évacuation barytée

et paraît être un calcul biliaire ;

L'autre n'apparaît qu'une fois l'évacuation gastrique commencée, encerclée par la boucle du genu inferius, elle paraît due à un diverticule dépendant du genu inferius ou de la partie voisine du troisième duodénum.

Les examens pré-opératoires donnent :

Urée sanguine : 0 gr. 40.

Il y a dans l'urine des traces de glucose, la glycémie égale à 2 gr. 25 à l'entrée est ramenée à 1 gr. 20 par l'insuline.

A l'intervention, le 1^{er} mars 1928 par M. le Dr Charrier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale, on trouve des adhérences susmésocoliques et périvésiculaires. Libération à la recherche du diverticule duodénal présumé ; on ne le trouve pas.

Il s'agit d'une apparence due à la périoduodénite.

La vésicule est un peu distendue, on sent à l'intérieur un corps étranger plus mou qu'un calcul.

Cholécystectomie rétrograde, le cholédoque est vide de calculs.

Un drain, une mèche.

A l'ouverture de la vésicule, on trouve :

un aspect fraise très net et localisé, une bile noire, il semble qu'il y ait de véritables petites concrétions de la paroi,

une masse ayant la forme et le volume d'une framboise et qui est libre.

A l'examen histologique ;

Il s'agit d'une vésicule strawberry certaine, le chorion, assez fortement scléreux, est infiltré de nombreux spongiocytes bourrés d'inclusions lipoïdiennes.

En certains points : la muqueuse présente un état adénomateux.

Le nodule trouvé libre dans la cavité vésiculaire est un nodule adénomateux, en partie nécrotique, mais fait particulier, il n'existe pas, dans cet adénome, d'infiltration spongiocytaire.

Les suites opératoires immédiates furent excellentes, la malade étant sortie de l'hôpital au 10^e jour.

Cinq ans après il ne persiste plus aucun trouble, on peut parler ici de guérison complète.

Obs. XVIII. — Mme S..., 45 ans.

Il s'agit ici d'une histoire franche de colique hépatique.

La première date de 4 ans.

D'abord espacées, ces crises sont devenues plus fréquentes, la dernière remonte à 3 semaines,

Elle aussi est bien typique.

Elle commence comme les précédentes à 10 heures du soir, par une douleur brutale dans l'hypocondre, irradiant vers le haut.

Quatre heures après, elle cède à une injection de morphine, sans qu'un vomissement se soit produit.

Il n'y a jamais eu d'ictère, mais entre ces paroxysmes douloureux :

des digestions difficiles, avec nausées fréquentes,
une asthénie profonde, ont entraîné un amaigrissement léger.

Il n'y a pas eu de fièvre typhoïde. La malade a eu une grossesse normale il y a 15 ans et des règles toujours normales depuis. Mais cinq ans avant de venir consulter elle a été traitée dans un autre hôpital pour fibrome par des radiations ; une ménopause artificielle et précoce en est résultée que n'ont pas tardé à suivre les manifestations douloureuses.

A l'examen :

l'épaisse couche adipeuse de la paroi s'oppose à tout palper précis,

l'hypocondre droit est très sensible,
il y a un signe de Murphy positif.

La Radiographie sans tétraïode ne montre rien.

Après ingestion de *tétraïode* : l'image légèrement pommelée et peu dense devait faire penser à la lipoïdose.

Les examens pré-opératoires montrent :

Urée sanguine = 0,33

Temps de coagulation : 6 minutes

Temps de saignement : 4 minutes

Il y a des traces légères de pigments biliaires dans les urines.

Intervention le 16 mai 1928 par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale, la malade est très grasse, la vésicule apparaît très blanche, distendue, débordant le foie d'un bon travers de doigt. On ne sent pas de calculs à l'intérieur.

La ponction retire 50 grammes d'une bile très noire.

Cholécystectomie par le fond, drain n° 15. Il n'y a rien d'anormal : à l'estomac, au duodénum, au bulbe.

La vésicule ouverte ne renferme aucun calcul, mais a l'aspect légèrement « strawberry ».

L'examen histologique montre :

l'infiltration du chorion par des spongiocytes bourrés de lipoides,

le chorion est scléreux,

il n'y a pas de réaction inflammatoire.

Les suites immédiates sont parfaites

Les suites éloignées très bonnes.

Jamais la malade n'a vu réapparaître les grandes crises de colique hépatique.

Mais elle accuse de petits troubles légers :

endolorissement passager ;

diarrhée.

Obs. XIX. — Mme L..., 53 ans.

L'histoire de cette malade est assez particulière, du fait de la présence d'une abondante hématémèse.

C'est pour cette hématémèse que la malade est entrée dans le service le 15 octobre 1929. Celle-ci est survenue il y a deux jours, le matin à jeun, sans prodromes, abondante (une pleine cuvette), elle s'est répétée, mais en moindre quantité le premier jour et le lendemain, puis elle s'est arrêtée définitivement, elle ne se reproduira en effet plus jamais.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, mœlena caractéristique.

L'examen de la malade n'apporte guère de précision sur l'origine de cette hémorragie.

La paroi est très adipeuse et le palper difficile ne réveille qu'une douleur au creux épigastrique à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Le récit des antécédents n'éclaire guère plus que cet examen physique.

Depuis huit ans, des vomissements bilieux le matin à jeun,

sans horaire fixe, des brûlures épigastriques post-prandiales sans rapport avec les vomissements, durant un temps variable, parfois calmées par l'ingestion d'alcalins.

Depuis quelques mois, tous ces troubles se sont accentués, groupés souvent par crises quotidiennes apparues trois heures après le repas du soir.

Il n'y a jamais eu ni ictère, ni élévation de température, mais il faut retenir l'existence d'une fièvre typhoïde à 19 ans.

Enfin la malade a eu quatre accouchements normaux.

Le début des troubles semble avoir coïncidé avec les premières manifestations de la ménopause.

L'examen radioscopique et graphique laisse persister un doute sur la possibilité d'un ulcus duodénal. Il n'y a pas de calculs visibles dans les voies biliaires.

Examens pré-opératoires :

Azotémie	0 gr. 30
Cholestérinémie	1 gr. 50

Intervention, le 11 novembre 1929, par M. le Professeur A. Gosset.

Médiane sus et sous ombilicales.

L'estomac et le duodénum sont indemnes, par contre la vésicule est blanche, adhérente par sa face inférieure, le foie d'aspect cirrhotique. On ponctionne le cholécyste qui est distendu, ses parois sont minces, presque transparentes, mais aucun aspect particulier n'est décelable; la bile retirée est très foncée. En l'absence d'autres lésions on se décide à faire une cholécystectomie.

Il n'y a rien dans le cholédoque, ni au pancréas, un drain dans le lit vésiculaire.

La vésicule ouverte présente un aspect fraise très net.

L'examen histologique confirme :

Il s'agit d'une lipoïdose vésiculaire, de nombreux spongiocytes sont disséminés dans le chorion et chargés des lipoïdes habituels.

Il y a une infiltration inflammatoire de toute la paroi, une sclérose nette de la sous-muqueuse.

Les suites immédiates sont parfaites.

Les suites éloignées très favorables :

l'hématémèse ne s'est jamais reproduite,

il persiste de petits troubles dont la cirrhose constatée à l'intervention est logiquement responsable, encore faut-il noter avec la malade (en juillet 1931) que ces troubles s'amendent peu à peu.

Obs. XX. — Mme C..., 44 ans.

L'histoire est complexe car il s'y mêle les symptômes de deux affections évoluant pour leur propre compte, mais simultanément.

Des crises douloureuses sous-hépatiques, sans ictères, sans fièvre surviennent à intervalles plus ou moins rapprochés et attirent l'attention sur la vésicule biliaire.

Une dysphagie intermittente, sans régurgitations ni vomissements est liée à l'existence d'un diverticule de l'œsophage, mais elle ne domine pas à cette date le tableau clinique.

A part un point douloureux vésiculaire, on ne découvre rien à l'examen.

Un contrôle radiographique sans prise de tétraïode montre que l'estomac est normal.

On voit le bord hépatique et au dessous une ombre arrondie, à peine décelable, dans laquelle un éclairage très atténué et un examen oblique laisse deviner quelques ombres plus denses

Au total, il est impossible d'affirmer l'existence de calculs.

Le temps de saignement est de 3 minutes.

Le temps de coagulation de 8 minutes,

l'urée sanguine : 0 gr 26.

Intervention : le 24 janvier 1931 par M le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et sous-ombilicales.

Vésicule longue et dilatée dans laquelle on ne sent pas de calculs, très adhérente au duodénum.

Cholécystectomie par le col, un drain.

La vésicule ouverte : la bile apparaît très noire, la paroi interne du cholécyste parsemée de petits grains brun-jaunâtres.

L'examen histologique prouve qu'il s'agit d'une lipéidose typique sans réaction inflammatoire.

Près de trois ans après, il semble bien que les troubles hépatiques soient très améliorés, mais la dysphagie par diverticule s'est accentuée nettement.

Chaque mois la malade doit subir une séance de dilatation œsophagienne et il est difficile de faire la part qui revient au foie ou à l'œsophage dans les troubles dyspeptiques toujours présents.

Obs. XXI. — Mlle L..., 40 ans.

A la suite d'une crise douloureuse violente de l'hypocondre droit, Mlle L..., se décide à entrer à la Salpêtrière le 12 juin 1931.

L'histoire qu'elle raconte est très caractéristique.

Depuis quatre ans environ des crises douloureuses sont apparues, à horaire assez régulier, de quatre heures du soir à une heure du matin, typiques par leur intensité, au point qu'elles ont pu devenir syncopales, leurs irradiations haute vers l'épaule et l'omoplate, elles ont été étiquetées : colique hépatique dès leur première manifestation.

Séparées au début par des accalmies complètes d'un mois, puis de quinze et huit jours, provoquées par l'absorption de graisses, elles sont actuellement subintrantes et réalisent un véritable état de mal. Il ne se passe plus de jours depuis un mois que la malade n'en accuse au moins une.

Avec ces crises, des vomissements fréquents.

Jamais la température ne s'est élevée au-delà de 37°5.

Une fois au décours d'une poussée un léger subictère est survenu qui a duré trois jours.

Les antécédents ne révèlent : ni grossesse, ni typhoïde,

Une appendicectomie a été faite en 1921 pour une crise aiguë qui paraît avoir bien été vraiment appendiculaire.

L'examen à l'entrée montre un point douloureux épigastrique, un point de Murphy net.

Il semble qu'on perçoive au bord inférieur du foie, normal par son volume, une vésicule distendue.

Les examens préopératoires donnent :

Temps de coagulation : 6 minutes.

Azotémie : 0,22.

La radiographie sans tétraïode ne montre pas de calculs.

Opération le 18 juin 1931 par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus-ombilicale empiétant légèrement au-dessous de l'ombilic.

La vésicule paraît peu malade, ses parois cependant sont épaisses et blanches.

La ponction retire quelques grammes de bile foncée. Il n'y a pas de calcul.

Cholécystectomie par le col, drain n° 15.

Paroi à la soie.

A l'ouverture : on voit sur la paroi interne du cholécyste un papillome très net.

L'examen histologique apprend qu'il s'agit d'une « vésicule strawberry ». Le chorion, légèrement scléreux, contient quelques amas de spongiocytes bourrés d'inclusions graisseuses.

Il n'y a pas trace de réaction inflammatoire.

Les suites opératoires immédiates furent excellentes et pendant cinq mois le soulagement fut considérable.

Cependant les suites éloignées furent franchement mauvaises.

A chaque période de règles, des crises douloureuses avec vomissements répétés, bilieux et très abondants surviennent, ces crises rappellent les accidents pré-opératoires. Dans l'intervalles des règles persiste un endolorissement continu, des troubles dyspeptiques accentués. Il n'y a jamais ni température, ni ictère.

Le diagnostic porté d'adhérences du carrefour et l'existence

d'une rétroversion certaine font pratiquer une seconde intervention, le 14 décembre 1932, par M. le Dr Thalheimer.

L'utérus est rétroversé, on le fixe par ligamentopexie.

L'exploration de la région pyloro-duodénale permet de découvrir quelques adhérences hépato-duodénales qu'on libère.

A la suite de cette intervention itérative :

aucune amélioration.

Les crises douloureuses reparaissent rythmées par les règles et le diagnostic est porté de crises hépatiques d'origine endocrinienne par M. Jahiel, qui entreprend un traitement radiothérapique de stérilisation ovarienne.

C'est cette observation qui nous a permis de soulever le débat des coliques hépatiques d'ordre colloïdo-clasique chez les cholécystectomisées.

Obs. XXII. — Mme B..., 51 ans.

Depuis 5 à 6 ans, la malade se plaint de crises douloureuses à type vésiculaire, à irradiation haute, durant plusieurs heures, parfois un jour ou deux.

Leur apparition est irrégulière et il est difficile de leur trouver un rythme précis.

Hormis leur siège bien précis, ces douleurs n'ont guère de caractère hépatique.

Il n'y a jamais eu d'ictère ou même de subictère léger.

Jamais la température ne s'est élevée au-dessus de 37°5, il n'y a jamais eu de vomissements.

Dans l'intervalle des crises :

des maux de tête fréquents, des digestions difficiles, des douleurs sourdes dans l'hypocondre ont amené un amaigrissement certain.

Récemment : les crises se sont rapprochées et une douleur lancinante est en permanence ressentie.

A l'examen : il y a un point vésiculaire net, un point de Murphy.

Le foie est normal. On ne sent pas la vésicule. Le palper ne réveille nulle part ailleurs de sensibilité.

L'interrogatoire apprend en outre qu'à l'âge de 18 ans, la malade aurait eu une crise d'appendicite aiguë avec abcès, non opéré.

Les examens-pré-opératoires révèlent :

Cholestérinémie : 1 gr. 80 ;

Azotémie : 0,27 ;

Coagulation : 4 minutes.

Après tétraïode, sur aucun cliché, l'ombre vésiculaire n'apparaît.

Intervention le 12 juin 1931 par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et un peu sous-ombilicale.

Après exploration du carrefour, on note que la vésicule est très blanche, à parois minces ; le palper n'y décèle pas de calculs.

A la ponction : la bile est très foncée.

Cholécystectomie d'arrière en avant facile, il n'y a rien au cholédoque, un drain dans le lit vésiculaire.

L'exploration du cæcum montre qu'il ne reste plus qu'un moignon d'appendice amputé vraisemblablement lors de la crise très ancienne.

A l'ouverture de la pièce : la vésicule a l'aspect lipoïdique, hérissée par places de petites masses pédiculées, qu'on appellerait volontiers calculs.

A l'examen histologique :

Il s'agit d'un état strawberry léger. Il y a par places, une infiltration du chorion sclérosé par des spongiocytes à contenu lipoïdique.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire décelable.

Les suites immédiates sont excellentes.

Les suites éloignées extrêmement satisfaisantes.

Jamais les crises franches ne sont reparues.

Evidemment, il persiste quelques troubles et la malade, que nous avons pu réexaminer récemment, les précise avec netteté

Très influencés par le moindre écart de régime, ils consistent en légère sensibilité de l'hypocondre, avec nausées et grande lassitude, facilement jugulés par l'observation stricte d'une alimentation saine

Obs. XXIII. — Mme L., 52 ans.

C'est encore une histoire très typique de lipoïdose que celle racontée par la malade à son entrée à la Salpêtrière, le 20 juin 1932.

Depuis 5 ou 6 ans, les douleurs violentes sous le rebord costal droit, accompagnées de vomissements bilieux sont survenues d'abord à intervalles éloignés.

Au mois de février 1932, une crise nette et franche de colique hépatique à irradiation scapulaire, suivie d'un léger subictère a forcé la malade à s'aliter quelques jours.

Puis des crises analogues, de violence particulière se sont renouvelées depuis cette date avec une fréquence croissante. On peut dire qu'à son entrée la malade souffre de douleurs permanentes, exagérées par instants.

Aucune grossesse car la malade a dû subir en 1902, à Beaujon, à l'âge de 30 ans, une hystérectomie subtotale pour salpingite.

L'examen montre une malade légèrement subictérique.

Le signe de Murphy est très net.

On ne sent pas la vésicule.

Une radiographie sans tétraïode ne montre pas de calculs.

Les examens pré-opératoires donnent :

temps de coagulation : 6 minutes

urée sanguine : 0 gr. 27

cholestérinémie : 2 grammes

Intervention le 20 juillet 1932, par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et sous-ombilicale car la malade est très grasse.

On voit une vésicule grosse et blanche, le palper n'y sent aucun calcul.

Ponction : la bile est très foncée.

Cholécystectomie par le fond.

Un drain n° 15 paroi à la soie.

A l'ouverture de la pièce :

l'aspect fraise est particulièrement net.

Examen histologique :

Vésicule strawberry typique. Infiltration du chorion au niveau des replis muqueux par de nombreux spongiocytes bourrés de lipoides.

Il existe une légère infiltration inflammatoire à peine esquissée au niveau des divers plans pariétaux.

Nombreux diverticules de Luschka.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes, la malade sort le 13 août 1932. Un an donc après l'intervention, la malade répond qu'elle est considérablement soulagée. Elle n'a plus jamais ressenti de crises douloureuses aiguës.

Elle se plaint encore cependant de quelques troubles dyspeptiques, de nausées fréquentes le matin, d'une légère sensibilité de l'hypocondre droit lorsqu'elle est très fatiguée.

On peut dire là qu'il y a guérison presque complète.

Obs. XXIV. — Mme S. B..., 54 ans.

Le début des troubles remonte à cinq ou six ans.

Il s'agissait alors de douleurs épigastriques, plus ou moins vagues, survenant par crises, sans horaire précis. A partir de juin 1932, les douleurs deviennent à peu près continues, plus ou moins violentes, surtout nocturnes et s'exagèrent souvent après les repas abondants. Il n'y a jamais ni fièvre, ni ictère. En février 1933, une crise particulièrement douloureuse décide la malade à réclamer l'intervention.

L'examen montre alors un point douloureux vésiculaire, il existe également une légère sensibilité au niveau du Mac Burney. On ne perçoit pas la vésicule au palper.

La radiographie déçoit que l'estomac et le duodénum sont

normaux, après ingestion de tétraïode, la vésicule ne se remplit pas et reste invisible.

Examen pré-opératoire :

urée : 0 gr. 37

cholestérinémie : 1 gr. 80

Temps de saignement : 2 m. 30.

Temps de coagulation : 7 minutes.

Intervention le 16 mai 1933 par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale.

La vésicule est blanche, la bile retirée, par ponction, noire. On ne sent pas de calculs à travers les parois vésiculaires. Le cholédoque, le pancréas sont normaux.

Cholécystectomie par le fond.

Un drain dans le lit hépatique.

En terminant, on enlève un appendice dilaté.

La vésicule ouverte montre un aspect de lipoïdose manifeste.

A l'examen histologique : il s'agit bien d'une lipoïdose, le chorion est bourré de spongiocytes à inclusion graisseuse, pas de réaction inflammatoire. L'appendicite présente des lésions d'appendicite chronique.

Les suites opératoires ont été excellentes. On peut parler de guérison complète, tous les troubles ayant disparu.

Obs. XXV. — (*Nous devons l'observation suivante à l'amabilité du Docteur Busson.*)

Nous avons cru pouvoir l'incorporer à notre statistique parce que la pièce opératoire fut examinée à la clinique de la Salpêtrière par M. Ivan Bertrand et qu'elle représente un des types les plus beaux de lipoïdose vésiculaire.

Le dosage de la bilirubinémie qui fut pratiquée avant et après l'opération, la biopsie hépatique lui confèrent un intérêt tout particulier.

Mme W. A...,

est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Cunéo, le 22 juin 1932. C'est d'urgence que la malade a été amenée à

l'hôpital, avec le diagnostic d'appendicite aiguë vraisemblable, en vue d'une intervention rapide, c'est dire la violence des symptômes qu'elle présentait.

A l'interrogatoire, on apprend en effet que la malade a été prise la veille au soir vers 23 heures, d'une crise douloureuse très intense, siégeant dans l'hypocondre droit et à irradiations assez nettes vers l'épaule, crise qui s'est prolongée jusqu'à six heures du matin avec sa pleine intensité, crise qui s'est accompagnée de vomissements bilieux et d'une élévation de la température à 38° 9.

L'examen révèle l'existence d'une défense musculaire certaine au niveau du carrefour hépato-vésiculaire, sans qu'il y ait empâtement à ce niveau et permet de poser le diagnostic de cholécystite aiguë et de conseiller l'expectative.

Sous l'influence de la glace, la crise cède progressivement, dès le lendemain, un subictère apparaît qui durera 4 à 5 jours,

ce n'est qu'un mois après que l'on décidera l'intervention.

Cette décision fut étayée sur deux faits :

L'existence dans les antécédents de colique hépatique certaine, la première crise très intense remontait à l'année 1927 ; depuis cette date, pendant cinq années consécutives, on pouvait déceler, soit des douleurs intermittentes durant quelques jours et survenant électivement à l'ingestion d'aliments gras, soit des crises véritables survenant de façon précise avant les règles,

à aucune de ces poussées, la température ne s'était élevée.

L'existence parmi les différents examens préopératoires :

d'un taux de bilirubinémie élevée : 28 mgr. (bilirubinémie dosée suivant la technique de MM. Chabrol, R. Charonnat, A. Busson).

L'intervention fut pratiquée le 26 juillet par M. le Dr Jacques Charles Bloch.

Incision transversale.

La vésicule dont la paroi est un peu blanche apparaît si normale que l'on hésite à l'enlever.

Mais fort d'une histoire clinique nette et du taux de la bilirubinémie, on fait une cholécystectomie facile, une biopsie hépatique au bord antérieur du foie, tout près du lit vésiculaire.

L'exploration du cholédoque est négative.

Un drain sous-hépatique.

Dès l'ouverture de la pièce, on conclut à vésicule fraise certaine.

L'examen histologique confirme :

Très beau type de vésicule fraise.

Infiltration abondante de l'axe des replis muqueux par de nombreux spongiocytes remplis d'acides gras.

Vive réaction inflammatoire de la paroi.

Diverticules de Luschka peu nombreux.

La biopsie hépatique révèle :

un début de cirrhose ;

une infiltration leucocytaire péribiliaire ;

une surcharge graisseuse périportale.

Les suites opératoires sont parfaites, apyrétiques.

Le taux de la bilirubinémie est attentivement suivi :

deux jours après l'opération : 40 mgr ;

cinq jours après : 35 mgr.

Ces chiffres d'élévation post-opératoire cadrent avec ceux que l'on rencontre habituellement après cholécystectomie :

le 18 août : trois semaines après l'intervention, le taux de la bilirubinémie est de 22 mgr.

la malade guérie repart pour Berck le 4 septembre terminer une cure hélio marine pour Pott cervical, actuellement presque consolidé et pour lequel elle avait été plâtrée un an à dater du 29 juin 1929.

Le 18 octobre 1932 :

La malade a un état général excellent.

Elle a engraisé de trois kgr.

Elle a suivi depuis l'opération un régime assez strict avec adjonction de quelques cholagogues et cholérétiques, l'amélioration est frappante.

Il n'y a plus jamais eu de douleurs, ni de crises de coliques hépatiques.

L'abdomen est souple et il persiste seulement une légère sensibilité au niveau de la cicatrice.

Enfin le taux de la bilirubinémie est de 16 mgr. Des nouvelles récentes confirment la stabilité du résultat.

**OBSERVATIONS DE LIPOÏDOSE
ASSOCIÉE A LA LITHIASE**

Obs. 1. — Mme O. B..., âgée de 42 ans.

Le 15 juin 1920, la malade entre à l'hôpital pour une longue histoire douloureuse dont les premiers symptômes se sont manifestés il y a quinze ans.

Il s'agissait alors de douleurs épigastriques et sus-ombilicales sans rapport avec la digestion, survenant aussi bien le matin que le soir, et groupées par crises tous les deux ou trois ans ; avec elles, jamais on ne note d'ictère ou d'élévation thermique.

Depuis le commencement de 1920, les crises sont plus fréquentes, durent plusieurs jours et s'accompagnent de vomissements.

La dernière qui a décidé la malade à l'intervention a été particulièrement violente, à maximum épigastrique sans irradiations nettes.

Elle a persisté trois jours avec un aspect occlusif assez troublant :

vomissements continuels, arrêt des matières et des gaz,
ballonnement du ventre.

Tout cessa d'ailleurs brusquement, sans qu'il y ait eu au cours de l'accès la moindre fièvre, au décours de l'accès le moindre ictère.

A l'examen :

On note un endolorissement profond de la région de l'hypocondre et du flanc droits. On ne sent pas la vésicule. Le foie paraît de volume normal.

Au touchervaginal : l'utérus est en rétroversion, non fixé.

Dans les antécédents : on retient

la notion de deux fausses couches, dont une de quatre mois, avec salpingite consécutive et transitoire en 1906,

à plusieurs reprises, des crises d'entérite passagère avec diarrhée se sont produites depuis des années.

Un examen radioscopique montre :

que le pylore paraît sténosé et adhérent par des tractus assez longs à la région vésiculaire. Le foie est un peu gros, ptosé, la vésicule perceptible à l'écran semble d'un volume normal.

Intervention le 21 juin 1920, par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale. La face supérieure du foie est un peu b'anche, la vésicule est grosse, adhérente à l'angle droit du côlon transverse et au duodénum. On libère les adhérences, on ponctionne et retire 50 grammes de bile noire. On ne sent pas de calculs.

Cholécystectomie, un drain.

L'appendice qui paraît malade est enlevé également.

La vésicule ouverte présente une muqueuse fraise avec une huitaine de petits calculs, gros comme des grains de mil et libres dans la cavité.

L'examen histologique montre la nature exacte de la lésion vésiculaire ; l'infiltration du chorion par des spongiocytes, sous une muqueuse saine est caractéristique.

Les suites opératoires ne sont guère satisfaisantes :

Dès le mois d'août, des crises soudaines de crampes sus-ombilicales avec vomissements reparaissent et se terminent après quelques heures par l'émission d'une selle liquide peu abondante.

En mars 1921, une crise plus violente que les autres avec de nouveau un semblant d'occlusion, fait décider une seconde intervention ; celle-ci est pratiquée par M. le Professeur Grégoire qui trouve des adhérences telles qu'il doit sculpter le gros intestin pour le libérer, mais cette seconde intervention n'a guère plus de succès que la première.

On apprend que les crises ont reparu. Depuis 1922, il n'a pas été possible d'avoir de nouvelles de cette malade.

Obs. II. — Mme B..., âgée de 43 ans.

Il s'agit d'une malade chez laquelle une appendicectomie fut faite en 1918 pour crise aiguë, nettement contrôlée à l'intervention.

Depuis juin 1921, des douleurs épigastriques irradiant plutôt à gauche, surviennent 4 à 5 heures après les repas, calmées par l'alimentation et les alcalins, parfois par des vomissements.

Il n'y a jamais eu d'ictère, ni de fièvre, mais un amaigrissement déjà notable (10 kilogr. de juin 1921 à février 1922) inquiète.

A l'examen : il y a un signe de Murphy très positif.

Le reste de l'abdomen n'est pas sensible au palper.

Etant donnée l'histoire, on penserait volontiers à un ulcus duodénal, mais les radiographies du transit sont normales.

Le dosage de la cholestérinémie égale 1 gr. 50.

On note enfin que la malade présente un xanthélasma des paupières.

Intervention, le 18 janvier 1922, par M. le Professeur Gosset.

L'estomac et le duodénum sont normaux. Le foie est lobulé, la vésicule un peu blanche a son fond adhérent entre deux lobes au duodénum. A la ponction : bile noire, cholécystectomie. Un drain dans le lit vésiculaire.

La vésicule ouverte contient un seul calcul, gros comme un pois. La muqueuse présente deux grains fraise.

Un grain examiné histologiquement se montre formé de spongiocytes distendant une villosité, sous une muqueuse saine.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire.

La sous-séreuse est riche en graisses.

Pendant deux ans, la malade a été très améliorée, puis des douleurs épigastriques survenant quatre heures après les repas, irradiant dans le dos, accompagnées de vomissements striés de sang et qui soulagent, font penser à une histoire d'ulcus.

Mais la malade refuse de se soumettre à un nouvel examen radiologique et disparaît.

Obs. III. — Mme A..., âgée de 43 ans.

Entre pour des douleurs épigastriques, ayant débuté 3 ans et demi auparavant. Sans horaire précis, elles surviennent aussi bien à jeun qu'après le repas, ne sont calmées ni par les alcalins, ni par les vomissements qui les accompagnent souvent.

Il n'y a jamais eu d'ictère ou d'élévation thermique.

A l'examen : le palper réveille une douleur en deux points :

au point vésiculaire ;

au point de Mac Burney

La radio montre l'existence d'un calcul dans la région vésiculaire.

Intervention le 24 juin 1922 par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale. Vésicule plus blanche que normalement, adhérent au duodénum, renfermant un calcul.

Cholécystectomie suivie d'un drain et d'une mèche.

Le foie paraît cirrhotique, on prélève de la bile pour cultures.

La paroi de la vésicule ouverte montre un aspect « strawberry » très net.

L'examen histologique montre la lésion manifeste.

La culture de la bile reste stérile.

Le calcul est un calcul de cholestérine.

Les suites opératoires sont décevantes ;

Des douleurs surviennent surtout au creux épigastrique, lancinantes, plus vives après les repas, avec malaise général.

Il reste un point sensible au niveau du Mac Burney.

Une seconde intervention est faite, le 22 janvier 1926, par M. le Professeur Gosset.

Elle libère des adhérences au niveau du lit vésiculaire,

Enlève l'appendice.

Il n'y a pas une grande amélioration. Il s'agissait alors d'une malade extrêmement nerveuse chez laquelle les troubles observés peuvent ne pas être étrangers au psychisme assez spécial. La malade a été perdue de vue un an après l'intervention.

Obs. IV. — Mme H..., âgée de 50 ans.

Depuis 20 ans, la malade se plaint de violentes crises douloureuses localisées à l'hypocondre droit. Elles ont toujours le même type : tardives, survenant quatre heures après les repas, elles irradient vers l'épaule droite. Elles durent 2 à 3 heures et se calment spontanément.

Parfois, au lendemain de la crise, un subictère discret apparaît, mais jamais il n'y a eu d'accès de fièvre.

La malade a eu un enfant, trois fausses couches.

L'examen révèle peu de chose : il y a juste un point douloureux vésiculaire bien localisé, la vésicule n'est pas perçue au palper.

A la radiographie : la deuxième portion du duodénum paraît atrésiée. Il y a au niveau du bulbe duodénal des mouvements antipéristaltiques.

Mais on ne note pas d'image de calcul vésiculaire.

Intervention le 27 octobre 1922 par M. le Professeur Gosset.

L'estomac est normal. La vésicule adhère par sa face inférieure à la deuxième portion du duodénum. Ses parois sont blanches ; elle contient des calculs.

Cholécystectomie, un drain.

Une fois ouverte, la paroi interne de la vésicule montre un aspect net de la lipoïdose.

Il y a, en outre, cinq calculs, dont un gros comme une noisette au niveau du cystique.

Sur la coupe, on note : l'infiltration du chorion scléreux par des spongiocytes. L'épithélium de revêtement est intact.

Les suites opératoires sont, dans l'ensemble, très satisfaisantes : puisque, revue cinq ans après, la malade n'a plus eu de crises comme autrefois. Jamais de jaunisse.

Elle n'est pas à l'abri cependant de quelques troubles légers : à type de crises frustes au niveau de la vésicule, pesanteur épigastrique et digestions lentes.

Obs V. — Mme de S..., âgée de 27 ans.

Depuis plusieurs années, la malade se plaint de crises douloureuses du flanc et de l'hypocondre droit avec troubles dyspeptiques, survenant par intervalles irréguliers, sans fièvre ni ictère.

Une appendicectomie, antérieurement pratiquée, n'a amené aucun soulagement.)

L'examen montre une zone douloureuse au palper au niveau du carrefour.

On croit voir l'image d'un calcul à la radiographie.

Intervention : le 12 mai 1923 par M. le Professeur Gosset.

L'épiploon adhère à la cicatrice d'appendicectomie. Résection en plusieurs fragments.

La vésicule est ardoisée, grosse et adhérente, distendue. La bile de la ponction est très noire. On sent au niveau du cystique un calcul gros comme une noisette.

Cholécystectomie, un drain.

L'examen montre qu'il s'agit d'une lipoïdose vésiculaire, attestée surtout par le microscope :

De nombreux spongiocytes sont inclus dans le chorion. L'épithélium de revêtement au niveau des grains fraise est généralement desquamé et le contenu lipoïde tend à se déverser dans la cavité vésiculaire.

Les suites opératoires sont inconnues.

Obs VI. — Mme L..., âgée de 56 ans.

Depuis 5 mois, des crises douloureuses épigastriques surviennent aussitôt après les repas, accompagnées de vomissement. Depuis un mois les douleurs intermittentes sont devenues continues, surtout épigastriques ; elles restreignent l'alimentation de la malade qui maigrit.

Il n'y a jamais eu d'ictère, ni de fièvre.

La radiographie montre :

Un estomac légèrement abaissé, à évacuation très lente, le pylore se dessine mal.

Intervention : le 8 août 1923 par M. le Professeur Gosset.

L'estomac, le duodénum, le pancréas sont normaux, mais la vésicule un peu blanche contient des calculs.

Cholécystectomie, un drain et une mèche.

La vésicule ouverte contient une bile très noire et une vingtaine de petits calculs.

Au microscope : il y a quelques rares spongiocytes bourrés de lipoides au sommet des villosités.

Les suites opératoires sont inconnues car la malade n'a répondu à aucune enquête.

Obs. VII. — Mme J..., âgée de 40 ans.

Quand la malade entre à l'hôpital au début de janvier 1924, il n'y a guère que quatre mois qu'elle souffre.

La première crise remonte au début d'octobre 1923, elle fut violente, véritable colique hépatique dont elle avait tous les caractères, elle ne s'est pas accompagnée d'ictère.

Une seconde crise aussi violente en décembre 1923 a entraîné une élévation de température à 38°.

A l'examen : seule la région du carrefour est douloureuse bien que les crises aient été prises pour des accès appendiculaires.

Intervention : le 17 janvier 1924, par le Dr Charrier.

La vésicule adhérente au duodénum contient des calculs.

Cholécystectomie, un drain, une mèche.

Sur la paroi interne du cholécyste, on note un aspect » strawberry » typique. Il y a dans la vésicule un grand nombre de calculs :

deux gros comme des billes ;

trois gros comme des lentilles ;

un grand nombre sont muriformes et agglomérés.

Au microscope : le chorion est abondamment infiltré de spongiocytes donnant les réactions colorantes voulues.

En de nombreux points l'épithélium desquamé laisse les amas de lipoides à nu.

Pas de réaction inflammatoire.

Aucune réponse aux enquêtes n'est venu éclaircir les suites opératoires.

Obs. VIII. — Mme J..., âgée de 28 ans.

Les premiers troubles sont apparus peu de temps après une grossesse compliquées de vomissements pendant toute sa durée.

Ils se manifestent sous forme de crises douloureuses épigastriques, débutant deux heures et demie après le repas, accompagnées de vomissements qui ne calment pas la douleur, et de frissons répétés.

A la suite d'une de ces crises, un an environ après le début, s'est installé un ictère assez franc avec coloration des téguments et hypercoloration des urines.

L'histoire vésiculaire est donc nette, à la radio on ne confirme guère son impression clinique : le bulbe duodénal est irrégulier, témoin de la périduodénite.

Intervention : le 7 mars 1924. Opérateur : M. le Professeur Gosset.

L'estomac est normal sans ulcère. La vésicule très adhérente est un peu blanche, distendue.

La ponction retire quelques grammes de bile épaisse, noire.

Cholécystectomie, un drain.

Ouverte, la vésicule présente un aspect « strawberry » manifeste et contient 4 calculs, dont un petit adhérent à la paroi.

Sur la coupe, on découvre l'infiltration spongiocytaire riche en lipoïdes, très caractéristique. Il n'y a pas de réaction histologique inflammatoire.

Les suites opératoires sont parfaites. Trois ans après on pouvait parler d'amélioration presque complète, n'étaient les quelques troubles digestifs persistants.

Obs. IX. — Mme De C..., âgée de 55 ans.

Le passé pathologique de la malade est si complexe, les interventions chirurgicales si diverses qu'il est difficile de démêler

la part qui revient à la vésicule, dans les accidents préopératoires comme dans les suites post-opératoires.

En effet, la malade a subi :

en 1923, une décapsulation du rein et une néphropexie du côté gauche pour douleurs lombaires, mal précisées, sans hématuries ;

en mai 1924 : une gastro-entérostomie pour sténose du pylore dont la nature exacte n'a pu être connue ;

le 18 novembre 1934 : une pyélotomie pour calcul du rein droit.

Aucune amélioration certaine n'étant tirée de ces diverses interventions, devant la persistance de crises douloureuses épigastriques accompagnées de vomissements bilieux, devant la perception à la radiographie d'une image de calcul vraisemblablement vésiculaire, on décide de faire une exploration du cholécyste.

Intervention, le 6 janvier 1925, par M. le Professeur Gosset.

Grosse vésicule avec calcul mobile. Ponction : bile très foncée.

Cholécystectomie. Drain, mèche.

A l'ouverture de la vésicule : s'échappe un calcul mobile de la taille d'une noisette à facettes usées.

L'examen de la coupe de la paroi vésiculaire montre une desquamation intense de la muqueuse laissant à nu des amas volumineux de spongiocytes.

Il n'y a rien de surprenant à ce que les suites opératoires ne soient pas brillantes. Les digestions restent difficiles, des vomissements bilieux persistent des années après ces différentes tentatives chirurgicales.

Obs. X. — Mme G ., âgée de 46 ans.

Lors de son entrée à l'hôpital au début de février 1925, la malade avait déjà subi deux interventions chirurgicales :

une première en 1910, pour grossesse tubaire droite ;

une seconde en 1920, pour grossesse tubaire gauche.

C'est quelques mois avant cette seconde opération que des douleurs épigastriques, à type de douleurs tardives avec régurgitations acides sont apparues, d'abord améliorées par un traitement médical, elles n'ont pas tardé à renaître, fréquentes au point de devenir constantes, avec irradiations dans le bras droit ; elles n'ont jamais entraîné d'ictère, mais à plusieurs reprises la température s'est élevée à 38°5.

A l'examen, tout se réduit à un signe de Murphy très net sans qu'on puisse apprécier le volume de la vésicule ;

la radiographie ne montre pas d'image calculeuse.

Intervention le 6 février 1925, par M. le Professeur Gosset.

Malade grasse. L'épiploon adhérent jusque dans le petit bassin est réséqué, un calcul dans la vésicule, la bile qu'on retire par ponction est épaisse, très foncée.

Cholécystectomie, drain.

La vésicule ouverte contient un calcul muriforme.

Au laboratoire, la coupe examinée montre :

Vésicule fraise à grains peu nombreux, l'épithélium est intact, mais il y a une importante réaction lymphocytaire.

Une grande amélioration suivit cette opération et à part quelques digestions difficiles, la malade se sentait parfaitement en février 1927, date à laquelle elle dut subir une nouvelle intervention pour éventration post-opératoire.

Obs. XI. — Mme G..., âgée de 32 ans.

Entre à la clinique privée le 3 novembre 1925.

Son histoire clinique est étroitement liée à celle de ses grossesses.

C'est à l'occasion d'une première grossesse en 1921 que sont survenues deux crises douloureuses irradiant dans l'épaule droite, mais qui n'ont pas eu de lendemain.

C'est depuis la dernière grossesse (25 mars 1925) que les crises douloureuses ont reparu ; en quelques mois la malade a pu en compter neuf, toutes plus intenses que les crises initiales,

accompagnées cette fois de fièvre et de frissons, mais jamais suivies d'ictère.

Dans l'intervalle des crises, il persiste constamment une sensation d'endolorissement au niveau du sein droit.

A l'examen : le point vésiculaire est très net.

Intervention : le 13 novembre 1925, par M. le Professeur Gosset.

La vésicule a ses parois blanches, elle est remplie de petits calculs.

Cholécystectomie, un drain.

Ouverte, la vésicule se montre remplie de petits calculs à facettes, gros comme des grains de chénevis, sur la paroi quelques grains fraise.

L'examen histologique montre la présence dans le chorion de nombreuses cellules spongiocytaires, bourrées de lipoides.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire de la paroi.

Deux ans après, les crises douloureuses qui avaient disparu aussitôt après l'opération ne se sont plus manifestées. On parlerait volontiers de guérison complète.

Obs. XII. — Mlle L..., âgée de 33 ans.

Depuis un an, et se renouvelant avec une grande fréquence, des crises douloureuses de l'hypocondre droit sont apparues.

Survenant 2 ou 3 heures après les repas, violentes jusqu'à l'évanouissement, elles vont de pair avec des nausées. Jamais il n'y a eu de vomissements, d'ictère ou de fièvre.

Il y a 7 ans une grossesse fut menée à terme ; il y a cinq ans une autre grossesse se termina par une fausse couche.

L'examen montre un point vésiculaire très net.

La cholécystographie après ingestion de tétraïode montre : une vésicule nettement visible avec deux calculs transparents.

Intervention : le 5 décembre 1925, par M. le Professeur Gosset.

La vésicule est un peu blanche, ses parois épaissies laissent deviner au palper l'existence de calculs.

Choléecystectomie, un drain.

La pièce ouverte montre, outre l'existence de deux calculs de cholestérine, l'aspect ébauché de la lipoïdose.

L'examen histologique confirme par l'existence des spongiocytes typiques.

Les suites opératoires éloignées sont restées ignorées.

Obs. XIII. — Mme G..., âgée de 30 ans.

Trois mois après un accouchement en avril 1923, est apparue une crise douloureuse épigastrique irradiant dans l'hypocondre droit avec vomissements, fièvre, suivie d'ictère par rétention.

Depuis cette date une crise se déclenche tous les trois mois.

La dernière date de décembre 1925, elle a été particulièrement intense et suivie d'un ictère de quelques jours.

A l'examen : on ne perçoit pas la vésicule biliaire, mais on réveille au niveau du bord externe du grand droit un point douloureux net. D'ailleurs toute la zone pancréatico-cholédocienne est sensible au palper.

Intervention : le 23 décembre 1925, par M. le Professeur Gosset.

La vésicule déborde le foie, ses parois sont épaisses et blanches, elle contient plusieurs calculs.

Choléecystectomie, drain.

A l'ouverture : l'aspect de la muqueuse est typique, c'est une lipoïdose avec 4 gros calculs, de la taille d'un pois.

L'examen de la coupe montre que l'épithélium intact recouvre des amas spongiocytaires, diffus dans le chorion.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire.

Les suites opératoires sont de celles que l'on peut qualifier d'excellentes.

Aucun trouble n'est reparu depuis l'opération, aucune crise douloureuse n'est signalée par la malade plus de deux ans après l'intervention.

Obs. XIV. — Mme M..., âgée de 61 ans.

Entre le 20 avril 1926 à la Salpêtrière.

Elle se plaint de crises douloureuses très violentes de l'hypochondre, à irradiation haute, sans fièvre, ni frisson, sans ictère.

Le début des accidents remonte au mois d'octobre 1925. La première crise fut certainement la plus aiguë, les suivantes qui se sont succédé à intervalles variables, semblent se rapprocher dans les derniers mois. On ne compte pas moins de quatorze crises en sept mois, seule la dernière a été suivie de subictère.

Dans les antécédents, il faut noter :

trois grossesses, cinq fausses-couches.

L'examen montre une zone de Chauffard nettement douloureuse. La vésicule n'est pas perceptible.

Le dosage de la cholestérine est égale à 1,90.

L'examen radiographique est resté muet.

Intervention, le 6 mai 1926. Opérateur : M. Soupault.

La vésicule est épaisse et blanche. Cholécystectomie. Dans le cholédoque, juste à l'ouverture du cystique : petit calcul muriforme, jaune soufre, de la taille d'un petit pois.

Cholédochotomie, un drain dans le cholédoque, une mèche sous-hépatique.

La vésicule ouverte présente un aspect fraise au début avec six petits calculs.

A l'examen histologique : aspect alvéolaire de la muqueuse, chorion infiltré de rares éléments spongiocytaires, sous un épithélium intact.

Aucune trace de lésions inflammatoires intra-pariétales.

Les suites opératoires sont excellentes puisque :

un an après, les crises douloureuses ne se sont pas reproduites ; six ans après, la guérison se maintient définitive.

Obs. XV. — Mme D..., âgée de 60 ans.

Une grossesse il y a 35 ans, une hystérectomie pour fibrome il y a 20 ans ; voilà ce que révèle l'interrogatoire de la malade,

Depuis trois ans des crampes douloureuses après les repas, à type de pesanteur épigastrique avec brûlures et éructations acide sont apparues.

En fait, c'est surtout depuis trois mois que par leur exagération les crises douloureuses sont devenues insupportables obligeant la malade à se courber en deux, survenant quatre heures après les repas et durant une demi-heure, elles ne s'accompagnent jamais de vomissements, ni d'élévation de température.

A la radio : un léger retard dans l'évacuation gastrique, une région pyloro-duodénale douloureuse incitent au diagnostic de péri-duodénite.

Intervention : le 22 juin 1925, par M. le Professeur Gosset.

L'estomac et le duodénum sont normaux, l'épiploon adhère à la cicatrice de laparotomie sous-ombilicale.

La vésicule n'est pas très épaissie, mais blanche. On sent un calcul à l'intérieur.

Cholécystectomie. Drain et mèche.

La vésicule ouverte contient une bile très noire et un calcul muriforme, la muqueuse est hérissée par places de papillomes, dont un très volumineux est très visible sur les photographies de la pièce.

Le résultat obtenu n'est pas très satisfaisant en effet ; si les crises douloureuses ont bien disparu, il persiste à un degré assez marqué des troubles dyspeptiques : digestions lentes, pesanteurs après les repas, qui ne permettent pas de parler d'amélioration totale,

Obs. XVI. — Mme C..., âgée de 42 ans.

Quand la malade entre à la Salpêtrière, le 2 décembre 1926, l'histoire qu'elle raconte est à double épisode.

Au mois de mars de la même année, elle a été en effet opérée d'appendicite gangréneuse au cours d'une crise aiguë, sans vomissements, sans diarrhée.

L'intervention d'urgence fut salutaire et un mois après le début, la malade se trouvait parfaitement guérie.

En septembre survient brusquement un syndrome douloureux sous-hépatique à irradiation ascendante, calmé par un vomissement.

Puis pendant quinze jours, les crises se répètent tous les deux jours, mais sans nouveaux vomissements. La dernière survenue quinze jours avant l'admission et provoquée, semble-t-il, par un écart de régime, s'est accompagnée de subictère et de décoloration des matières.

Jamais il n'y a eu d'élévation de température.

Dans les antécédents éloignés, il faut retenir :
deux grossesses, pas de fièvre typhoïde.

La radiographie préopératoire ne fut pas pratiquée.

Intervention le 9 décembre 1926, par M. Soupault.

Incision médiane sus-ombilicale.

Cholécystectomie, car la vésicule apparaît blanche, épaissie et le reste du tractus gastro-duodénal est indemne.

A l'ouverture de la pièce :

il y a un calcul libre dans la cavité vésiculaire,

la muqueuse a un aspect fraise qui ne trompe pas.

Revue plusieurs mois après : la malade était parfaitement soulagée.

Obs. XVII. — Mme L..., âgée de 49 ans.

Depuis 18 mois, cette malade souffre de crise typiques de colique hépatique, quand elle entre à la Salpêtrière, le 22 décembre 1926.

La première crise, très claire, a duré quatre heures, de dix heures du soir à deux heures du matin et a cessé brusquement. Il n'y a eu ni fièvre, ni ictère.

Entre cette crise et la suivante, un long intervalle libre de près d'un an s'est écoulé sans qu'apparaisse la moindre douleur, puis depuis le mois de septembre 1926, les crises se répètent avec une fréquence croissante, jusqu'à cinq en deux semaines. Jamais il n'y eut d'ictère, de fièvre ou de frissons.

Pendant le séjour à l'hôpital, une crise se déclanche brusque-

ment, à cinq heures du soir, la douleur est si violente qu'elle nécessite une piqûre de morphine.

Toutes ces manifestations ne sont pas sans retentir sur l'état général, la malade ne s'alimente plus, ne garde plus aucun aliment.

L'examen montre : une douleur très nette au point vésiculaire ; on croit sentir la vésicule.

A la cholécystographie : la vésicule est peu visible sur deux clichés.

L'interrogatoire apprend que la malade a eu sept enfants et une fausse couche.

Intervention, le 22 décembre 1926, par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et sous-ombilicales. Les parois de la vésicule sont plus épaisses que normalement et plus blanchâtres, surtout dans toute sa face inférieure, au fur et à mesure qu'on se rapproche du cystique. On ne sent pas de calcul à l'intérieur. Etant donnée l'histoire clinique : Cholécystectomie par le fond à cause de quelques adhérences au niveau du col. Un drain.

La vésicule ouverte, on trouve un petit calcul libre de la grosseur d'un grain de mil,

un petit calcul libre, translucide qu'on examinera au microscope,

un calcul pédiculé au voisinage du col.

L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'une lipoïdose vésiculaire typique.

L'épithélium de revêtement est intact. Il y a une infiltration inflammatoire légère, diffuse ou en amas.

Le petit calcul prélevé montre une trame organique rappelant d'assez près la structure du tissu graisseux.

Après l'intervention : le résultat est excellent, la malade, en parfait état, ne se plaint plus d'aucun trouble, elle reprend du poids.

Une lettre d'elle, en 1933, vient confirmer ces bonnes suites,

Obs. XVIII. — Mme V..., 42 ans.

Il y a huit ans que les douleurs sous hépatiques, sans ictère, sans fièvre, sans vomissements, surviennent par crises espacées.

Mais depuis 5 mois, à la suite d'un épisode plus aigu, ces crises sont devenues quotidiennes ou presque, provoquées souvent par le mouvement.

Il n'y a rien à retenir de particulier de l'examen physique, si ce n'est l'existence d'une cicatrice sous-ombilicale, trace d'une hystérectomie avec appendicectomie datant de 1903.

A la radioscopie : on perçoit nettement dans la zone vésiculaire une ombre grisâtre, mobile avec les mouvements respiratoires, qui reste séparée du bulbe bien qu'en étant rapprochée.

Cette ombre a les dimensions d'une bille, est douloureuse à la pression.

A la radiographie, on retrouve cette ombre : liée à un calcul probablement vésiculaire.

Les examens de laboratoire sont normaux.

Intervention, le 8 juin 1926, par M. le Professeur Gosset.

Incision transversale. La paroi est grasse.

On voit une vésicule grosse, blanche, adhérente qui déborde le foie et dans laquelle on sent un gros calcul.

A la ponction, on retire 50 grammes de bile très foncée.

On libère les adhérences de l'épiploon.

Cholécystectomie du fond vers le col. Un drain.

Le cholédoque est normal au palper.

Une fois la vésicule ouverte, on trouve :

un gros calcul rond et noir,

une muqueuse avec quelques grains jaunes.

L'examen histologique montre :

qu'il s'agit d'une vésicule partiellement strawberry,
sans lésions inflammatoires évolutives.

Les suites opératoires ne sont pas connues.

Obs. XIX. — Mme Du C..., âgée de 66 ans.

Il y a plus de vingt ans que la malade se plaint de crises douloureuses de l'hypocondre droit irradiant dans l'épaule, accompagnées de nausées, sans jamais de vomissements. Depuis deux ans, ces douleurs sont continues sous forme de tension insupportable, mais ne présentent plus de paroxysmes.

La fièvre s'élève parfois à 38°, 38°5, mais comme par le passé il n'y a jamais d'ictère.

Dans les antécédents, il faut retenir : l'existence d'une fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans et surtout de huit grossesses. A l'examen, la malade paraît très amaigrie et accuse une asthénie profonde. Le signe de Murphy est positif. On ne sent pas la vésicule.

Les examens pré-opératoires montrent :

une azotémie à 0 gr. 24 ;

une cholestérinémie à 2 gr. 20 ;

un temps de saignement à 2 m. 30 ;

un temps de coagulation à 5 m. 30.

Intervention, le 7 mai 1927, par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale. L'épiploon adhère au péritoine pariétal. La vésicule est grosse et très adhérente surtout au duodénum. Cholécystectomie d'arrière en avant après ligature du cystique. Résection partielle de l'épiploon. Ablation de l'appendice qui est filiforme.

Dans la vésicule ouverte, on trouve un calcul gros comme un grain de chènevis, libre dans une bile épaisse et noire et un conglomérat muriforme paraissant être un calcul pédiculé de la paroi sur laquelle on note quelques grains jaunes.

L'examen histologique affirme la nature *strawberry* de la lésion. L'appendice est normal et atrophique.

Les suites opératoires n'ont pas été d'emblée satisfaisantes, de petites crises douloureuses dans la région sous-hépatique, bien différentes des précédentes, se sont manifestées à des intervalles de plus en plus éloignés.

Ne persistent actuellement que des troubles dyspeptiques légers.

Obs. XX. — Mme C ..., 27 ans.

Chez cette malade qui a déjà 6 enfants, les douleurs épigastriques ne sont apparues que récemment.

Il y a quatre mois que la première crise s'est manifestée, épigastrique à irradiation haute, terminée par un vomissement, sans élévation de température, sans ictère, elle n'a duré que quelques heures.

Trois semaines après, une nouvelle crise s'est déclanchée à l'occasion d'un voyage, depuis elles surviennent à tout propos.

L'examen montre un point vésiculaire douloureux.

Mais la radiographie est instructive.

Deux clichés, pris respectivement 15 et 19 heures après l'ingestion de tétraïode, dessinent l'image d'une vésicule légèrement augmentée de volume, de contours réguliers, non douloureuse au palper.

L'ombre vésiculaire n'est pas homogène, on remarque l'existence d'une grande lacune centrale à la partie moyenne et de plusieurs petites lacunes arrondies situées dans le cul-de-sac et le pôle supérieur.

Il y a tout lieu de penser que ces lacunes sont dues à la présence de concrétions calculeuses transparentes aux rayons, calculs de cholestérine contenant très peu de sels calcaires.

L'urée sanguine est de 0 gr. 26

Temps de saignement et coagulation normaux

Intervention, le 28 juin 1927, par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et sous-ombilicale.

La vésicule a des parois un peu épaissies à travers lesquelles on sent plusieurs calculs.

Cholécystectomie. Un drain.

L'aspect de la paroi interne de la vésicule ouverte rappelle un peu l'aspect « strawberry ».

L'examen de la coupe montre que :

le chorion est scléreux, infiltré de spongiocytes à inclusions lipoïdiennes.

Le résultat fut excellent : disparition complète de tous phénomènes douloureux.

Obs. XIX. — Mme L..., âgée de 21 ans.

Le début des troubles remonte à un an. C'est environ deux mois après la naissance de son premier enfant que la malade a ressenti une violente crise douloureuse, intense surtout à droite, accompagnée de vomissements, de décoloration des matières et de pigmentation des selles. Cette crise dura huit jours et disparut spontanément, mais bientôt elle fut suivie d'autres accidents aussi violents, espacés de deux mois en deux mois tout d'abord, puis de plus en plus proches au point de laisser persister entre elles une sensibilité constante dans la région vésiculaire.

Il n'y a jamais eu, ni température, ni frissons.

A l'examen :

l'abdomen est parfaitement souple ;

il y a un point nettement douloureux dans la région vésiculaire ;

le signe de Murphy est positif ;

le foie est de volume normal ;

on ne note par ailleurs rien de particulier.

Urée sanguine : 0,38.

Une radiographie ne montre pas d'image calculeuse.

Intervention, le 29 juin 1927, par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. On voit une grosse vésicule malade, plus blanche que normalement dans laquelle on sent des calculs. Cholécystectomie par le col. Un drain. Fermeture à la soie.

La vésicule ouverte contient 7 petits calculs noirs, gros comme des grains de chénevis et présente un aspect réticulé de lipoïdose pariétale.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une lipoïdose typique avec amas de spongiocytes dans un chorion sclérosé. C'est au sommet des villosités que les amas prédominent, il y a une légère infiltration inflammatoire plasmolymphocytaire de la paroi, l'adventice est peu épaissi.

Les suites éloignées n'ont pas été éclaircies faute de réponse.

Obs. XXII. — Mme C..., 33 ans.

Le début des troubles remonte à 6 mois. Il s'agit de douleurs relativement intenses siégeant dans l'hypocondre droit, irradiant dans la région scapulaire, survenant environ une demi-heure après les repas, s'accompagnant de nausées, se calmant en une ou deux heures par le décubitus. Elles se répètent deux ou trois fois par semaine, surtout au moment des règles.

Il y a un mois a éclaté une crise plus brutale, en coup de poignard dans la région cholédocienne ; elle a duré trois jours et s'est atténuée peu à peu sans entraîner d'ictère, d'élévation de température.

Depuis ce moment, des douleurs sourdes et continues altèrent progressivement l'état général, l'amaigrissement est notable.

Il n'y a jamais eu de grossesses dans les antécédents. A l'examen, on trouve :

- un point vésiculaire nettement douloureux ;
- une sensibilité diffuse de la zone pancréatico-cholédocienne ;
- le foie est de volume normal.

A la radio : deux calculs sont visibles dans la région sous-hépatique ;

La vésicule s'injecte bien au tétraïode ;

L'azotémie : 0 gr. 35 ;

Le temps de coagulation : 11 minutes,

Intervention, le 13 octobre 1927, par M. Petit-Dutaillis.

Laparotomie transversale (femme à thorax large, à paroi très grasse) qu'on doit compléter par un petit débridement sur la ligne médiane.

La vésicule est distendue, ses parois sont hypervascularisées.

Elle contient à son intérieur deux calculs (dont un déjà engagé dans le cystique). Libération de quelques adhérences duodéno-vésiculaires.

Cholécystectomie rétrograde après avoir isolé le carrefour et bien vu le cholédoque. Un drain sous-hépatique.

À l'ouverture de la vésicule s'écoule une bile très noire. Au niveau du fond l'aspect est typique de vésicule fraise. En un point, une petite formation pédiculée, du volume d'un grain de mil, d'aspect muriforme, rattachée à la muqueuse par un pédicule étroit et rougeâtre.

L'examen histologique répond que le fond de la vésicule présente un état fraise très accusé.

Les deux calculs ont un aspect épineux, hérissés d'aspérités, ils sont noirâtres, ovoïdes et mesurent environ 8 1/2 dans leur grand axe.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes, plus de quatre ans après, il n'y a plus jamais de douleurs aiguës, des troubles banaux persistent, nous n'y insisterons pas.

Obs. XXIII. — Mme B..., 50 ans.

Entre dans le service pour crises douloureuses de l'hypocondre droit. En septembre 1926 une première crise est apparue.

Brutale, trois heures après le repas du soir, elle a duré deux heures environ.

C'est une douleur épigastrique à type de brûlures, déchirures, à irradiation scapulaire accompagnée de frissons intenses, de vomissements acides.

Le lendemain il persiste une certaine pesanteur épigastrique.

Un léger subictère, les urines sont foncées mais les selles ne sont pas décolorées.

Dans les premiers temps de telles crises vont se répéter à intervalle de dix à quinze jours, toujours suivies de subictère, parfois de frissons.

Puis les crises vont se rapprocher, au point de devenir quotidiennes dans les mois qui précèdent l'intervention, survenant

alors presque aussitôt après les repas et durant 3. ou 4 heures.

Entre les crises, l'épigastre et l'hypocondre reste en permanence douloureux.

L'examen révèle :

un point douloureux vésiculaire avec signe de Murphy très net ;

le foie est de volume normal ;

il y a une cicatrice de laparotomie sous-ombilicale indolore : la malade a subi une hystérectomie subtotale pour fibrome en 1923.

En outre, l'aspect général est celui d'une femme fatiguée, amaigrie, la perte du poids est d'environ 28 kilogrammes.

La cholestérinémie est de 2 gr. 09.

Intervention, le 7 février 1928, par M. Petit-Dutaillis.

Laparotomie sus et sous-ombilicale.

On aperçoit une très grosse vésicule distendue et à parois très épaissies, mais non adhérentes. Le cholédoque est indemne.

Cholécystectomie rétrograde.

Un drain. Une mèche sous-hépatique.

A l'ouverture de la vésicule, on trouve un calcul unique, gros comme une noisette enclavé dans le cystique, d'aspect muriforme rappelant ceux que l'on trouve dans la lipoïdose et, de fait, la paroi interne du cholécyste, malgré son aspect inflammatoire, présente un aspect typique de vésicule fraise.

L'examen histologique montre l'infiltration spongiocytaire attendue.

Il y a une certaine réaction inflammatoire pariétale.

Les suites opératoires ont été extrêmement satisfaisantes pendant trois ans, mais la malade écrit, en 1933, qu'elle ressent depuis dix-huit mois des douleurs sous-hépatiques et lombaires, bien moins fortes qu'auparavant. Son médecin a parlé de lithiase cholédocienne ou rénale.

Nous n'avons pas eu possibilité de la radiographier.

Obs. XXIV. — Mme B..., 51 ans.

La malade entre à la Salpêtrière à la suite d'une crise douloureuse de l'hypocondre droit.

Le début de l'histoire de l'affection remonte à trois ans. A ce moment, des coliques sont apparues, accompagnées d'une diarrhée profuse. Par leur siège, leurs irradiations, elles rappellent les coliques hépatiques franches, mais n'en ont pas l'intensité.

D'abord espacées, elles tendent dans les derniers mois à devenir plus intenses, permanentes.

Il n'y a jamais d'ictère, de poussée fébrile.

En 1909 : une hystérectomie a été pratiquée pour salpingite,

En 1919 : une crise aiguë d'appendicite a nécessité l'appendicectomie à chaud.

L'examen découvre un point douloureux vésiculaire très net.

La radio sans tétraïode montre l'image d'un calcul dans la région sous-hépatique.

L'urée sanguine : 0 gr. 30

Le temps de saignement : 3 minutes.

Intervention, le 17 décembre 1926, par M. Thalheimer.

Incision médiane. Estomac normal. Vésicule à parois épaisses et indurées que l'on ne peut dégager du pédicule.

Cholécystectomie d'avant en arrière. Ligature en masse du cystique et de l'artère. Un drain.

A l'ouverture : il y a dans la cavité vésiculaire plusieurs petits calculs de cholestérine.

L'aspect de la paroi est celui d'une lipoïdose type avec 2 ou 3 formations pédiculées.

L'examen histologique le confirme pleinement : spongiocytes bourrés de lipoides. Pas de réaction inflammatoire.

Les suites opératoires n'ont pu être précisées.

Obs. XXV. — Mme de P..., 52 ans.

Le début remonte à 6 ans.

Il s'agissait alors de légères douleurs et de petites « crises

biliaires » de la région vésiculaire avec irradiations dans l'épaule droite, sans vomissements, sans fièvre, sans frissons.

En août 1929 : un ictère s'installe, ictère franc avec décoloration des matières, urines foncées, il dure une huitaine de jours.

Le diagnostic est posé à cette date à l'étranger de cholécystite lithiasique, la radiographie montrant l'image d'un calcul dans la région sous-hépatique.

Il n'y a jamais eu de fièvre typhoïde, cinq grossesses ont été menées à terme, une fausse couche de 3 mois.

L'examen révèle une sensibilité très nette au point vésiculaire.

l'azotémie : 0, 18 ;

la cholestérinémie : 1 gr. 60

Temps de saignement : 3 minutes, de coagulation : 7 minutes.

Intervention, le 28 janvier 1920, par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale. On découvre une grosse vésicule blanche, dans laquelle on sent un calcul. Le cholédoque est normal, la tête du pancréas un peu dure.

Cholécystectomie par le col, un drain.

La vésicule ouverte a l'aspect légèrement « strawberry », le calcul gros comme une noisette semble être dans la paroi.

L'étude de la coupe montre :

un léger état « strawberry » de la muqueuse ;

un calcul intra-mural au niveau du fond.

Les suites opératoires étaient très favorables, deux ans après l'intervention. De légers troubles persistaient, mais qui n'avaient aucun rapport avec les symptômes d'autrefois.

Obs. XXVI. — Mme M..., 50 ans.

Il y a trois ans que sont apparus les premiers troubles, sous forme de douleurs espacées, ne survenant qu'à plusieurs mois d'intervalle.

Progressivement, les crises se rapprochent, se produisant tous les mois, puis toutes les semaines, elles finissent par devenir quotidiennes.

Souvent nocturnes, vers minuit ou une heure du matin, elles durent deux heures environ, lancinantes, à maximum sous-hépatique, elles irradient vers l'épaule droite. Jamais on ne note d'ictère, de fièvre, mais l'amaigrissement est impressionnant. En 18 mois, la perte de poids est de 15 kg. Dans le dernier mois qui précède l'intervention, l'amaigrissement marche à la cadence de 1 kg. par mois.

Examen préopératoire :

Urée sanguine : 0 gr. 30 ;

Temps de saignement : 3 minutes ;

Temps de coagulation : 6 minutes.

Intervention, 28 octobre 1930, par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale. La malade est très maigre. On découvre une vésicule non distendue, contenant un calcul au niveau du cystique. Blanche à parois épaisses. Le cholédoque, le pancréas sont indemnes. Cholécystectomie par le col. Un drain. Appendicectomie d'un appendice filiforme.

À l'ouverture de la vésicule, on trouve un calcul au niveau du cystique et une bile épaisse et noire. En outre, la paroi interne est piquetée de petits grains.

L'examen de la coupe montre l'infiltration spongiocytaire irrégulière du chorion, aboutissant à un état « strawberry ».

Légère infiltration inflammatoire, plasmo-lymphocytaire de la tunique adventicielle. Quelques calculs intra-muraux à l'intérieur des canux de Luschka.

L'examen de l'appendice montre une appendicite chronique oblitérante et atrophique.

Trois ans après, la malade répond qu'il ne persiste aucune douleur. La reprise de poids a été régulièrement progressive, atteignant 16 kgr. en 3 ans. On observe seulement quelques petites selles diarrhéiques nettement influencées par l'absorption d'œufs.

Obs. XXVII. — Mme G..., 44 ans.

L'histoire n'est pas très caractéristique. Elle est faite d'épisodes douloureux assez flous, à maximum dans la région sous-

hépatique, mais parfois aussi dans la fosse iliaque droite. Rien n'est plus imprécis que leur horaire, leurs irradiations n'ont rien de fixe,

avec elles des nausées fréquentes le matin à jeun,
une constipation rebelle.

A certains jours, de violentes migraines suivies de vomissements alimentaires, puis bilieux.

Sur ce tableau se greffent des accès de paludisme annuels au dire de la malade, aisément jugulés par la quinine.

Il y aurait eu (on n'ose l'affirmer) un ictère fugace de 4 à 5 jours il y a déjà 9 ans.

A l'examen : le point vésiculaire et le point appendiculaire sont également sensibles au palper.

Il y a un diastasis des muscles droits assez accentué.

l'azotémie : 0, 19

le temps de coagulation : 7 minutes.

Une radiographie sans tétraïode ne montre pas de calcul.

Avec un diagnostic d'appendicite ou de cholécystite à vérifier, on intervient.

Intervention : le 21 novembre 1930, par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale.

La vésicule est blanche, à parois minces, adhérente au duodénum. La ponction en retire une bile très foncée.

Cholécystectomie par le fond, un drain.

Le cholédoque et le pancréas sont normaux.

L'appendice est nettement malade, avec inflammation cæcale s'opposant à l'enfouissement.

Appendicectomie.

Une fois ouverte, la vésicule montre sur sa paroi interne un aspect fraise très net. Il y a de plus un petit calcul fixé dans sa paroi.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

La malade, revue un an et demi après, avait une amélioration

certaine, mais qu'il faut mettre autant, sinon plus, sur l'appendicectomie.

Il persiste une diarrhée prandiale par intervalles.

Obs. XXVIII. — Mme V..., 35 ans.

Mariée à l'âge de 23 ans, Mme V... a eu deux grossesses normales. Au cours de la troisième grossesse, survenue en janvier 1929, la malade a ressenti des douleurs qu'elle a attribuées à l'estomac.

Ces douleurs disparaissent après l'accouchement en octobre 1929, puis se manifestent à nouveau le 10 janvier 1931, enfin le 14 février 1931, une crise particulièrement violente provoque un examen médical.

Il s'agit d'une crise franche de colique hépatique, celle-ci devait se répéter alors fréquemment et du 14 février à la fin mai, on note au moins une douzaine de crises douloureuses survenant en général peu de temps après un repas nécessitant parfois une injection calmante.

Au cours de la maladie on n'a jamais noté d'ictère, de cholurie, de décoloration des fèces, d'hypertrophie du foie, de fièvre.

Pendant les crises douloureuses il existait parfois un léger état nauséux ; exceptionnellement est survenu un vomissement, souvent une irradiation scapulaire nette.

L'examen, en dehors des crises, révèle un point vésiculaire très précis.

La répétition des crises a entraîné un amaigrissement de 7 à 8 kilogr.

Un examen radiologique est soigneusement pratiqué :

une première série de radiographies de la région vésiculaire (28 février 1931) montre des images suspectes de petits calculs ;

une deuxième série, faite le 4 mars, après ingestion de tétrastode, ne montre pas d'opacification vésiculaire.

Les ombres suspectes observées le 28 février, ne sont pas retrouvées avec certitude, mais la présence de gaz dans le côlon

droit ayant pu masquer les calculs, une dernière série est faite.

Le 9 mars, aucune des radiographies (en position debout ou couchée) ne montre d'image analogue au semis de petites taches observé et on ne constate pas d'ombres méritant d'être retenues comme images de calculs.

En conclusion, l'existence d'une affection vésiculaire ne paraît pas douteuse, puisque la vésicule n'est pas perméable au tétraïode, mais il n'est pas possible d'affirmer la nature calculeuse.

Examens préopératoires :

temps de saignement : 5 minutes ;

temps de coagulation : 8 minutes ;

urée sanguine : 0 gr. 30 ;

cholestérinémie : 1 gr. 86.

Intervention, le 4 juin 1931, par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale.]

Vésicule blanche dans laquelle on sent des calculs.

Bile très foncée à la ponction.

Cholécystectomie par le col.

La vésicule ouverte contient deux calculs muriformes.

La muqueuse présente un aspect fraise évident.

L'examen histologique affirme qu'il s'agit d'une vésicule présentant un état « strawberry » localisé à quelques points de la muqueuse. Le chorion se trouve infiltré à ce niveau par des groupes de spongiocytes bourrés d'inclusions graisseuses.

Il n'existe cependant pas de calculs pédiculés.

Infiltration plasmo-lymphocytaire modérée de la tunique adventicielle.

Après l'opération et pendant plus d'un an, le foie a été souvent hypertrophié et douloureux spontanément et au palper. Il y a eu, à plusieurs reprises des périodes de diarrhée (6 à 7 selles quotidiennes) l'appétit était médiocre.

Une cure à Vichy, en juillet 1932 a paru bienfaisante, à dater de ce moment, les douleurs, la diarrhée diminuent.

Deux ans et quatre mois après l'opération, l'état général est

très satisfaisant, l'appétit est normal, les douleurs ont disparu, le poids est revenu à la normale.

Il s'agit donc d'un très bon résultat à installation un peu tardive.

Obs. XXIX. — Mme M..., 29 ans.

Depuis quatre ans, des douleurs sont apparues dans l'hypochondre droit, douleurs continuelles, au dire de la malade, à type de pesanteur, sans rythme particulier, plus nettes cependant, parfois, l'après-midi quelques heures après le déjeuner.

Il n'y a jamais eu de vomissements, de fièvre, d'ictère.

C'est au mois d'août 1932 que surviennent les premiers épisodes aigus, sous forme de véritables coliques hépatiques qui se produisent 5 à 6 fois à intervalle de 2 à 3 jours et se renouvellent les mois suivants avec une fréquence variable, toutes les semaines en moyenne.

Comme par le passé, ni ictère, ni fièvre.

Dans les antécédents, on retrouve deux manifestations de bacillose :

une pleurésie séro-fibrineuse en 1926 ;

une péritonite ascitique en 1929 traitée par les rayons ultraviolets.

Il n'y a pas eu de grossesse ; les règles ont toujours été normales.

A l'examen, l'abdomen est souple.

Sur la malade couchée sur le côté gauche, on réveille facilement au bord externe du grand droit, sous le rebord costal, une douleur assez vive.

La radiographie, après ingestion de tétraïode, montre que la vésicule s'injecte, mais son aspect est pommelé sur le cliché.

L'azotémie : 0 gr. 22 ;

La cholestérinémie : 4 gr. 92 %.

Temps de coagulation : 6 minutes

Intervention, le 5 novembre 1932, par M. le Professeur Gosset.

Médiane sus et sous-ombilicale : la vésicule est grosse, adhérente au duodénum. A la ponction : bile très foncée et épaisse.

On sent des calculs tout petits à l'intérieur ; rien au pancréas ni au cholédoque, ni à l'estomac, ni au duodénum.

Cholécystectomie par le fond, un drain n° 15.

Dans la vésicule ouverte, on trouve une multitude de cailloux gros comme des grains de plomb

C'est l'examen histologique qui révèle la lipoïdose pariétale.

L'épithélium de revêtement est partout conservé. Le chorion généralement scléreux renferme en quelques points des amas de spongiocytes qui constituent un véritable état strawberry.

Infiltration inflammatoire modérée de l'adventice.

Pas de calculs intramuraux.

Les suites éloignées sont bonnes. En septembre 1933, la malade répond qu'elle ressent une amélioration sensible.

Il n'y a plus jamais eu de crise très douloureuse hépatique. Seules persistent par intervalles des douleurs légères dans la région de la cicatrice, une diarrhée post-prandiale.

Obs. XXX. — Mme L..., 51 ans.

La malade souffre maintenant depuis huit ans de malaise et de gêne douloureuse au niveau de l'hypocondre droit avec irradiations dans le dos et l'épaule droite, irrégulières dans leur rythme, indépendantes des repas, elles s'accompagnent de quelques nausées. On ne retrouve pas d'épisode ictérique ou fébrile.

Dans cette histoire chronique, des poussées surviennent au moindre écart de régime. Cependant dans les trois mois qui précèdent l'intervention, il semble que les douleurs aient tendance à devenir continues et peut-être aussi plus aiguës.

Les antécédents sont nets de toute affection abdominale. Deux grossesses ont été menées à terme, il n'y a jamais eu de fausse couche.

A l'examen : un point douloureux vésiculaire précis.

Les dosages préopératoires montrent :

l'azotémie : 0 gr. 34 ;

la cholestérinémie : 4 gr. 60.

Intervention, le 23 juin 1933, par M. le Professeur Gosset.

Incision médiane sus et sous-ombilicale.

Il n'y a pas trace d'ulcère sur l'estomac ou le duodénum.

La vésicule est un peu dilatée, blanche, à parois minces, adhérente par sa face inférieure.

A la ponction : quelques grammes de bile noire, épaisse. On ne sent pas de calculs à l'intérieur.

Le pancréas et le cholédoque sont normaux.

Cholécystectomie par le fond, un drain.

Ouverte, la vésicule contient quatre petits calculs blancs, minuscules, sa paroi a l'aspect lipoïdique.

Sur la coupe :

L'épithélium est partout indemne. Il y a une série de petits polypes muqueux déterminés par le soulèvement de l'épithélium par l'amas de nombreux spongiocytes caractéristiques bourrés de lipoïdes.

Pas d'accumulation de graisse dans le reste des tuniques.

Pas de réaction inflammatoire.

Ici aussi, il est un peu tôt pour parler des suites éloignées, cependant depuis l'intervention, l'amélioration est totale.

Obs. XXXI. — Mme S. ., 48 ans.

Le début des troubles actuels semble remonter à une huitaine d'années. Bien que l'on trouve dans les antécédents de la malade :

une crise douloureuse dans la région lombaire à la suite d'un accouchement en 1913, d'apparition brutale, vite calmée et jamais reparue ;

une crise d'appendicite certaine en 1923 pour laquelle l'appendicectomie fut pratiquée.

C'est il y a huit ans que sont apparues des douleurs épigastriques, groupées par crises de 6 à 10 jours, déclanchées par les repas, survenant 3 à 4 heures après environ. Unique symptôme qu'un

régime améliore légèrement, la douleur n'est jamais accompagnée de vomissements, de fièvre ou d'ictère.

D'abord espacées, les crises se sont rapprochées, puis modifiées. En 1932, elles prennent à trois reprises le caractère franc d'une colique hépatique avec douleur sous-hépatique à irradiation haute.

A l'examen : on ne trouve de point douloureux que dans la région vésiculaire, le signe de Murphy est franchement positif.

Les dosages préopératoires montrent que :

l'azotémie 0 gr. 30 :

la cholestérinémie : 2 gr. 40

La radiographie sans tétraïode décèle l'image d'un calcul, au niveau de la région vésiculaire.

Intervention, le 16 juin 1933, par M. le Dr Thalheimer.

Incision médiane dépassant fortement en bas l'ombilic.

Sur la face antérieure du pylore, une bride épiploïque non adhérente. La vésicule est gonflée, blanche, ses parois sont épaissies.

A la ponction, la bile très noire paraît visqueuse.

Cholécystectomie par le col, un drain n° 20.

Il n'y a rien dans le cholédoque, ni ulcère gastrique, ou duodénal.

A l'ouverture de la vésicule : un gros calcul.

L'aspect fraise de la paroi est très net.

L'examen histologique montre que :

L'épithélium est indemne. Le chorion est bourré par endroits, en particulier au bord des villosités de spongiocytes gonflés de lipoides. Il y a une réaction plasmo-lymphocytaire très modérée du stroma.

L'opération est trop récente pour qu'on puisse parler de suites éloignées, cependant la malade est considérablement soulagée depuis l'intervention et ne se plaint que de légers troubles : nausées, diarrhée par intervalles.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

La plus grande confusion règne dans les divers ouvrages sur ce qu'il faut entendre par vésicule fraise. Ainsi s'expliquent les différences considérables des statistiques, les divergences des descriptions cliniques et plus encore des théories pathogéniques.

Pour nous, la lipoïdose est :

1) Une affection rare, ne représentant que 5 % au plus des affections vésiculaires.

2) Son autonomie lui vient de ses caractères histologiques. L'infiltration du chorion par des spongiocytes bourrés de lipoïdes.

A ce substratum anatomique correspondent divers aspects macroscopiques qu'il est légitime de grouper sous le même terme.

Nous choisissons celui de lipoïdose vésiculaire, à l'exclusion de tout autre, car le lipoïde n'est pas toujours cholestérinique ; il n'y a pas d'inflammation à l'origine du processus.

Une telle affection peut être isolée ou associée à une lithiase dont elle sera parfois le stade annonciateur.

3) Elle frappe électivement la femme, souvent au voisinage de la ménopause.

4) La pathogénie en est âprement discutée, et on reste confondu devant sa complexité. L'étude comparative des autres lipoïdoses humaines nous amène à conclure que, comme elles, la vésicule fraise et ses variétés ne sont que le reflet au niveau du système réticulo-endothélial d'un trouble dans le métabolisme cholestérinique. Le blocage des spongiocytes par la cholestérinite qu'absorbe la muqueuse vésiculaire : telle est la signification de l'infiltration découverte.

Pour en expliquer la genèse, il n'est pas nécessaire d'invoquer un processus infectieux dont la trace est en règle absente.

Quelques tentatives expérimentales n'ont pas donné ce qu'on espérait d'elles, mais permettent d'orienter dans une nouvelle voie les recherches à venir.

5) L'allure clinique n'a rien de particulier, il n'est aucun symptôme, aucun test radiologique qui permette de poser avec certitude le diagnostic. Toutefois, un syndrome douloureux apyrétique à répétition, et où la lithiase ne fait pas sa preuve doit faire penser à la lipoïdose.

6) Il faut alors s'attacher à la dépister à l'intervention sur des modifications légères de la vésicule si les manifestations cliniques sont troublantes, de peur de la méconnaître.

Seule, en effet, la cholécystectomie est de mise, les autres interventions n'ont donné entre les mains des différents auteurs que des déboires.

7) Les suites opératoires sont satisfaisantes dans l'ensemble. Il est cependant quelques échecs, dont le foie est directement responsable, par des mécanismes divers.

Au total :

S'il est utile que le chirurgien sache qu'il faut enlever toutes les vésicules lipoïdiques ou celles suspectes de l'être, le problème reste surtout passionnant pour l'anatomo-pathologiste et le biologiste ; à eux d'intégrer, comme il se doit, cette manifestation locale dans un chapitre plus général où tout n'est pas fait encore.

Vu, le Doyen,
ROUSSY.

Vu, le Président de la thèse .
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

A

ABRAHAMS A. — Gaucher's disease (*Proc. of the Royal Soc. of Med. Sect. diseases of children*, avril 1932, p. 789).

ANDREWS. — Mécanisme de la formation des calculs de cholestérine (*Ann. of Surg.*, octobre 1932, p. 615-623).

ANDREWS et DOSTAL. — Etiology of gall stone-effect of diet on biliary cholesterol (*Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.* 29, 540-544, février 1932).

ANDREWS, SCHÖNHEIMER et HRDINA. — Etiology of Gall stone (*Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.* 28 : 944, 1931).

ANDREWS, SCHÖNHEIMER et HRDINA. — Etiology of gall stone, chemical factors and rôle of gall-bladder (*Arch. Surg.* 25 : p. 796-810, 1932).

ANITSCHKOW. — Recherches expérimentales sur les dépôts de cholestérine et la formation des cellules xanthomateuses dans le tissu conjonctif (*Münch. Med. Woch.* 46, 1913).

ASCHOFF. — Zur frage der cholesterinbildung in der gallenblase (*Münch. Med. Woch.* 38 : p. 1847, 1906).

ASCHOFF. — Wie entstehen die reinen cholesterinsteine (*Münch. Med. Woch.*, 1911).

ASCHOFF. — Pathologische anatomie (Iena 1923, Fischer, édit.).

ASCHOFF. — Ueber orthologie und pathotogie der extrahepatischen Gallenwege (*Arch. fur. Klin. Chir.* 126 : 1923).

ASCHOFF. — Über die entstehung der gallensteine (*Klin. Wochenschr.*, 27 : 1922).

ASCHOFF. — Die Gallensteine (*Beitz, zur. Med. Klin.*, H. 3, 1931).

ASCHOFF. — Vonden bedingungen der gallensteinbildungen (*Deuts. Med. Woch.*, n^{os} 42-43, 1926).

ASCHOFF et BACMEISTER — Die cholelithiasis (Fischer, édit., Iéna 1909).

B

BAISDELL et CHANDLER. — Rapports entre la cholestérinémie et les dépôts de cholestérine de la vésicule biliaire. Etude expérimentale (*Am. jour. of Med. Sci.*, vol. CLXXIV, n^o 4, p. 492-495, octobre 1927).

BANCROFT. — *Annals of Surg.* 78, 1923.

BAUER et CHINASSY-HAKKI. — Le mucus de la vésicule biliaire (*Presse médicale*, 27 avril 1932).

BAUMANN. — *Virchow's Archiv.* H. 3. Bd 277.

BERENDES J. — Die lipoidspeicherung der gallenblase (*Arch. fur Klin chir.*, 175, 266, 282, 1933).

BERGERET et DUMONT. — La cholécystite lipéidique (*Presse médicale*, 9 février 1927).

BERGERET et DUMONT. — La formation et la structure des calculs biliaires (*Presse médicale*, 23 juillet 1930).

BERGERET et DUMONT. — La préliithiase biliaire (*Presse médicale*, 17 décembre 1930).

BENDA R. — Fonction de la vésicule biliaire au cours de la gestation et de l'accouchement (*Fortschr. a. d. Geb. Röntgenstr.*, octobre 1928, fasc. 4, p. 705-707).

BERNARD A. — Réflexions sur les crises douloureuses hépatobiliaires sans calculs (*Gazette des Hôpitaux*, 18 octobre 1933).

BLOOM et KERN. — Spleens from Gaucher's disease and lipoid histiocytosis (*Chemical. Anal. Arch. of Int. Med.*, 1927).

BOSCH-ARANA et CASANOVAS. — Contribution à l'étude de la

vésicule fraise (*La Prensa Medica Argentina*. An XIII, n° 29, p. 1001-1004, 20 mars 1926).

BOYD. — *British jour. of Surg.*, n° 39, 10, 1923.

BOYDEN. — Prevalent denial of functions long attributed to gall bladder (*Surg. Gyn. Obst.*, 46, 1928).

BRANCHE C. F. — A bacteriological study of a group of diseased gall-bladder (*New England Jour. Med.*, 1929, p. 308-312).

C

E. CHABROL, R. CHARONNAT, A. BUSSON. — Le dosage des pigments biliaires du sang ; la diaso-réaction limite (*Presse médicale*, 6 février 1932).

E. CHABROL et A. BUSSON. — Recherches quantitatives sur la cholémie pigmentaire à l'état physiologique (*Presse médicale*, 4 octobre 1933).

CHAUFFARD. — La lithiase biliaire (Paris 1927 Masson, édit.).

CHAUFFARD, LAROCHE et GRIGAUT. — Sur l'origine de la cholestérine biliaire, recherches expérimentales sur la cholestérinémie après ligature du cholédoque (*Société de Biologie*, 74, p. 1005-10, 093, 1913).

CHERREN. — A comparison of cholecystectomy and cholecystostomy (*Brit Jour. of Surg.*, p. 135, 1922-1923).

CHIRAY et HESSE J. — Le rôle de la vésicule dans la sécrétion de la cholestérine biliaire (*Presse médicale*, 24 septembre 1932).

CHIRAY, LIÉGEOIS et ALBOT. — Bactériologie des cholécystites chroniques (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, 19 janvier 1931, p. 5).

CHIRAY, MARCOTTE et CUNI L. — Le syndrome humoral de la lithiase biliaire (*Presse médicale*, 7 décembre 1932).

CHIRAY et MARCOTTE. — Les sels de la bile au cours des cholécystites (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 mai 1930).

CHIRAY et PAVEL. — Physiologie de la vésicule (*Presse médicale*, n° 43, p. 713, 1925).

CHIRAY et PAVEL. — La vésicule fraise (*Annales d'Anatomie pathologique*, 3, 1926).

CHIRAY et PAVEL. — La vésicule biliaire (Masson, 1927).

CHIRAY et PAVEL. — Fonctions séparées du foie et de la vésicule (*Paris médical*, 8 mars 1930, p. 228-232).

CHIRAY, PAVEL et AMY. — La question de la bile noire (*Presse médicale*, 4 juillet 1931).

CICCHELA. — Recherches histopathologiques et expérimentales sur la vésicule fraise (*Gaz. int. de Med. et de Chir.*, n° 14, 1929).

CIOCA. — La clinica chirurgica de Milan (39, p. 1057-1106, octobre 1931).

COGNIAUX. — A propos de la formation de la vésicule fraise (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, mars 1931, p. 346-359).

CORCAN, OBERLING et DIEUST. — Maladie de Niemann Pick (*Revue française de pédiatrie*, 3, p. 789, 1927).

CORKERY. — Fish squalé gall bladder (*Ann. of Surg.*, 1920, p. 723-725).

CRACIUM et STEOPOE. — La choledoco-hépatoscopie (*Presse médicale*, 27 décembre 1931).

D

DANIEL C. et BABES A. — Etude sur le xanthome de la trompe utérine (*Presse médicale*, 22 décembre 1923).

DAVIS. — Operative mortality and end results in gall bladder surgery (*Ann. of Surg.*, 1928, p. 735-741).

DESPLAS B. et DALSACE J. — Les biles noires (*Presse médicale*, n° 56, p. 937, 12 juillet 1930).

DEWEY R. — Experimental hypercholesterolemie (*Archiv. of Int. Med.*, 17, p. 757-785, 1916).

DOMINICI. — XXX^e Congrès Soc. Ital. di Chir. Roma 1923.

DOSTAL, HRDINA et GOFF. — Is cholesterol excreted by gall-bladder mucosa ? (*Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 29, 541-542, Feb. 32).

DREYFUS. — Nouveaux points de vue sur la lithiase biliaire

(*Revue Médico-chirurgicale des maladies du foie*, n° 6, novembre et décembre 1930).

DUCLOS. — Résultats de 484 opérations sur les voies biliaires (*Thèse de Lyon*, 1925-26).

DUMONT J. — Les fonctions de l'épithélium biliaire (*Paris médical*, n° 20, p. 481, 16 mai 1931).

DYKE (S. G.). — *Journal of Path. and Bacte.* n° 31, p. 173, 1928.

E

ECKSTEIN et UDO WILE. — Lipid studies in xanthoma (*Journ. of Biology* 87, p. 311-317, juin 1930).

ELGART. — L'endectomie des cholécystites. L'ablation de la muqueuse (*Presse médicale*, n° 51, p. 865, 27 juin 1930).

ELMAN et GRAHAM. — Pathogénie de la vésicule fraise (*Arch. of Surg.* 1932, p. 467). *Revue des maladies du foie* n° 6 (novembre et décembre 1932).

ELMAN et TAUSIG. — Cholestérol content of white bile from various sources-including contents of hydrops of gall bladder (*Proc. Soc. exp. biol. and Med.* 28, p. 1070-1071, juin 1931).

ELMAN et TAUSIG. — Addition of cholesterol to hepatic bile under gall bladder influence (*Proc. Soc. exp. biol. and Med.* 28, p. 1068-1070, juin 1931).

ELMAN et TAUSIG. — Increase in cholesterol of gall bladder bile following ligature of cystic duct (*Proc. Soc. exp. biol. and Med.* 28, p. 1066-1068, juin 1931).

EPSTEIN E. — Der gegenwartige Stand der Lehre vom Chemismus der Zellen und Gewebe in Beziehung zur pathologie der allgemeinen Lipoidosen (*Klinische Wochenschrift* n° 35, 29 août 1931).

F

FEDELI. — *Riv. di Pat. Sperim.* n° 4, 1929.

FICHERA. — Cholecystites non calculeuses (*Arch. Ital. di chirurgia* n° 236, fasc. 3 vol., 26-1930).

FLANDIN et GUY-LAROCHE. — (Comptes-Rendus de la *Soc. de Biol.*, 27 avril 1912).

FLANDIN. — Thèse Paris, 1912.

GIULIANI. — Sur l'appendice-cholécystite. Contribution à l'étude des cholécystites associées (*Arch. Ita. di Chirurgia*, 19, fasc. 4, p. 384-433, septembre 1927).

G

GOFF-HRDINA-ANDREWS. — (Proc. soc. Biol. and Med. 29, p. 542, 1932).

GOFF-DOSTAL-HRDINA. — (Proc. soc. Biol. and Med. 29, p. 444, 1932).

GOSSET A. — Sur les indications de la cholécystectomie (*Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 5 avril 1932).

GOSSET A. — A propos de la lithiase de la vésiculaire biliaire (*Volume jubilaire du Professeur Forgue*, Masson Edit. 1924).

GOSSET A., BERTRAND I., GONNELLI V. — Etude cytologique sur la vésicule biliaire (*Ann. d'Anat. Patho.* n° 2, février 1931).

GOSSET A., BERTRAND I., LOEWY. — La vésicule fraise (*Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière* (Paris 1927, Edit. Masson).

GOSSET A., DUVAL P., BERTRAND I., MOUTIER F. — Les calculs vésiculaires intra-muraux (*Presse médicale*, 5 février 1930).

GOSSET A., LOEWY-MESTREZAT. — Comptes-Rendus de Soc. de Biol., 30 juillet 1920).

GOSSET A. et PETIT-DUTAILLIS. — Séquelles de la cholécystectomie. Indications chirurgicales (*Congrès International de la lithiase biliaire*, Vichy 1932).

GOSSET A., SOUPAULT. — De l'incision abdominale médiane dans la chirurgie des voies biliaires (*Journal de Chirurgie*, février 1929, p. 149-153).

GRAHAM E.-A. — Diseases of the gall bladder and bile duct, (Philadelphie, Lea, 1928, p. 417-445).

GRAHAM-COLE-COPHER-MOORE. — Diseases of the gall bladder and bile ducts.

GRASSO. — Strawberry gall bladder and interstitial calculi (*Policlinico*, Sec. Chir., juillet 1931, p. 335-350).

GRIGAUT. — Le cycle de la cholestérinémie (*Thèse de Paris*, 1913).

GUY LAROCHE et FLANDIN. — Recherches histologiques de la cholestérine de la bile et les parois de la vésicule (*Semaine Médicale* 1912, p. 227).

GUTMANN R. A. — Les syndromes douloureux épigastriques (Doin, Paris 1930).

GUTMANN R. A. — Les troubles digestifs à type d'anaphylaxie (*Presse médicale*, 5 novembre 1932).

GUTMANN R. A. et LARGET. — Syndrome à type d'anaphylaxie et « séquelles de cholécystectomie » (*Bull. Soc. Méd. Hôpitaux* n° 2, p. 30-35, 30 janvier 1933).

GUTMANN R.-A., NEMOURS S. et AUGUSTE. — Etude radiologique de la vésicule biliaire (Travaux de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière et du centre anticancéreux (Roussy) *Arch. d'Elec. Méd.* n° 585, mars-avril 1933).

II

HALPERT. — Récentes observations sur la structure et la fonction de la vésicule biliaire (*Anatomie Record* 29, p. 359, 1925).

HARER-HARGIS et VAN METTER. — Studies of the function of the gall-bladder (*Surg. Gyn. Obst.* 34, p. 307, 1922).

HARMANN. — Some complications and sequels after operation on the gall-bladder (*Proc. Int. Assem. inter-state post Grad. M. A. North America*, 1928, p. 394-397).

HEYD. — Physiologie du système biliaire extra-hépatique. Son application chirurgicale (*Am. Jour. Med. Sc.* 166, p. 526, 1923).

HOLWEG. — (Deutsch. Arch. f. Klin. Medecine, Bd. 108, p. 255, 1902).

HOSPERS. — Production expérimentale des calculs de la vésicule avec une vue générale de la question (*Arch. of Pathology* 14, p. 66-78, juillet 1932).

HUDELO et CAILLIAU. — Le système réticulo endothélial (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, n° 1 et 3, janvier-mars 1928).

I

IBOS-LEGRAND et DESMONS. — 2 cas de cholécystite chronique, non lithiasique, sans lésion apparente de la vésicule. Guérison radicale par cholécystectomie (*Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.* n° 5, 1929).

IGWANAGA. — Experimentelle studien über das resorption-vermögen der gallenblase (*Mitt. aus der Med. Fak. der Kaiserlichen Kijuska Univ.* 7 : 1-1923).

ILLINGWORTH. — Cholesterosis of gall-bladder, experimental and chemical study (*British jour. of Surg.* 17 : p. 203, 1929-1930).

J

JAHIEL R. — Sur une cause de séquelles hépatiques après les opérations sur la vésicule biliaire. Travail de la Clinique de la Salpêtrière (*Presse médicale*, 1^{er} mars 1933).

JUDD S. et NICKEL A. C. — A bacteriologie experimental Study of 300 surgically resected gall bladders (*Surg. Gyn. Obst.*, avril 1932, p. 655-662).

JUDD et MANN. — Surgery, Gynecology, and Obstetrics, 1917, p. 437).

JUDD et MENTZER. — Cholesterosis of the gall bladder : 1) Clinical study ; 2) The surgical aspects (*California and Western Medical*, 1927).

JUDD et MENTZER. — Collected papers of the Mayo Clinic 19 : 1927.

JUDD et MENTZER. — A bacteriologie study (*Am. jour. Med. Sciences* 1927, p. 16-23).

K

KIRKLIN. — Diagnostic cholécystographique des papillomes de la vésicule (*Amer. jour. of Raentg. and rad. therap.* 46, janvier 1931).

KOPP. — Vésicule fraise (*Arch. fur. Klin. Chir.* 151, p. 441-429, 1928).

KORTE. — Les affections des voies biliaires et leur traitement chirurgical (Dresde et Leipzig 1928. Edit. Steinkopff. In *Jour. de Chir.* 33, n° 1, p. 105, 1929).

L

LABRY et BOUISSET. — Soc. Nat. de Médecine et des sciences médicales de Lyon, 15 février 1928).

LAGUESSE. — Le système réticulo endothélial (*Echo Médical du Nord*, n° 37-38-39 sept. 1927).

LAMBIN et STEEN HOUDT. — Influence de l'excitation du système réticulo-endothélial sur l'hypercholestérinémie alimentaire (*Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, 26 nov. 1932).

LEBLARD et ANCEL. — Le système réticulo-endothélial (*Revue des maladies du foie*, n° 1, janvier-février 1932).

LECÈNE et MOULONGUET. — Remarques sur les formes de cholécystite légère appelée vésicule fraise (*Presse médicale*, 13 janvier 1926, p. 50-52).

LEDoux-LEBARD et CALDERON A. — Technique et résultat de l'examen radiologique des voies biliaires (*Paris médical*, 20 mai 1933).

E. LESNÉ-LIÈVRE-BOQUIEN. — Xanthomatose cranio-hypophysaire (Maladie de Schuller Christian) *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 avril 1932).

LÉVY. — Xanthomatose et Xanthome (*Annales d'Anatomie Pathologique*, mai 1925).

LICHTWITZ. — Ueber die dildung der harn und gallestein (*Erg. der Jun. Med. u. Kinderheilk*, 1914, p. 69).

LINO. — Vésicule fraise (*Arch. Ital. di Chir.* 31, p. 631-652, 1932).

LÆWY G. — Vésicule et cholestérol, absorption ou sécrétion ? (*Arch. des Mal. de l'app. digestif*, 22, n° 9, novembre 1932).

M

MAC-CARTHY.² — Pathologie de la vésicule (*American jour. of Surgery*, 1910, p. 651).

MAC-CARTHY. — (*Ann. of Surgery*, 1915, p. 725).

MAC-CARTHY. — La fréquence de la vésicule fraise (*Annals of Surgery*, 69, p. 131-134, 1919).

MAC-CARTHY-CORKERY. — (*Collected Papers of the Mayo-Clinique 19 : 1919*).

MAC-CARTHY-CORKERY. — Early lesions in the gall bladder (*Amer. jour. Med. Sciences*, 1920).

MAC-GUIRE. — La vésicule fraise (*Int. Jour. of Medicine and Surgery*, février 1932).

MAC-MASTER. — Do species lacking of gall bladder possess its functional equivalent (*Jour. exp. Med.* 35 : p. 127, 1922).

MAJOR R. H. — (*John's Hopkins Hospital Bulletins*, 1924).

MENTZER — (*Collec. Pap. of Mayo Clinic.* 18 : 1926).

MENTZER. — (*American jour. of Pathology*, 1925, p. 385).

MENTZER. — (*Surgery-Gynecology and obstetric* 1926, p. 782).

MENTZER. — L'état de la chirurgie vésiculaire (*Jour. Am-Med. Ass.*, 25 février 1928).

MERKLEN P. — Le système réticulo endothélial (*Paris médical*, 21 juillet 1928).

MOORE — A comparative study of the end result of cholecystectomy and cholecystostomy (*Surg. Gyn. Obst.* 33, p. 41, 1921).

MOORE et SHERWOOD. — (*American jour. of Roentgenology* 13, p. 515, 1925).

MOREAU Y. — La dysostose hypophysaire (maladie de Schuller) (syndrome de Christian) (*Arch. Franco-Belges de Chirurgie*, Année XXXII, n° 9, septembre 1930).

MOYNIHAN B. — A disease of the gall bladder requiring cholecystectomy (*Annals of Surgery*, 1909, p. 1265).

MOYNIHAN B. — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie 20, n° 7, 20 avril 1928).

MOYNIHAN B. — Early signs and symptoms of cholelithiasis (*Brit. jour. of Surgery*, 1922-23, p. 127).

N

NAVARRO. — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, n° 24, 1927).

O

OBERLING. — Le système réticulo-endothélial (*Ann. d'Anat. patho. Medico. Chir.*, t. I, n° 1, janvier 1924).

P

PARTURIER. — Colique hépatique et choc hémoclasique (*Presse médicale*, n° 87, 1924).

PETIT-DUTAILLIS D. — Etude des suites éloignées de la cholécystectomie pour cholécystite (*Thèse Paris*, 1922).

PETIT-DUTAILLIS D. MESTREZAT W. — L'hypercholestérimie dans la lithiase biliaire et ses variations après la cholécystectomie ou le drainage du cholédoque (*Travaux de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière*. Masson, édit., 1926).

PEYTON ROUS et Mc MASTER. — The concentrating activity of the gall bladder (*Jour of expo. Med.* 34, p. 127, 1921).

PICCALUGA. — Sur la vésicule fraise (*Arch. Ital. di chirurgia*, V. 20, Fasc. 1, p. 125-163, novembre 1927).

PICK. — Berl. Klin. Woch 37 : p. 1679, 1908.

POLICARD. — Recherches histo-chimiques sur les substances grasses absorbées au niveau de la vésicule biliaire (*Comptes-rendus de la Soc. de Biologie*, 76, p. 518, 28 mars 1914).

R

REBAS E. — Annals de l'hospice de la Santa Cruz (Barcelone, 15 mars 1927).

RIBAS-RIBAS E. — Les lésions de la vésicule biliaire comme base fondamentale des indications de la technique chirurgicale (*Revista de cirurgia de Barcelona*, n° 1, p. 9-55, janvier 1931).

RICHERI. — (*Arch. Ital. di Anat. Patho.* Année 11, n° 3, 1931).

RIEDEL. — Absorption du cholestérol par la vésicule (*American jour. of physiology.*, 99, p. 656, fév. 1932).

RIETSCHER. — Über lipoidgranulomose (*Zeitschr. fur. Kinderheilk.*, 1932-1933).

ROBLIANI. — Résultats éloignés des cholecystectomies pour cholécystite calculeuse (*Boletin del Inst. de clinica quirurgica.* Ann. IV, n° 33, p. 85-232, 1928). (In *Jour. de Chir.* 33, n° 1, p. 737, 1929).

ROSENTHAL et LICHT. — (*Klin. Wochenschr.* 7, p. 1952, 1928).

ROSENOW. — The etiology of cholecystitis and its production by the intravenous injection of bacteria (*Jour. of Infect. dis.* 19 : p. 527, 1916).

ROSSI. — Vésicule biliaire atonique et vésicule fraise (*American jour. of Roentgenology.* 27 : p. 205, février 1932).

ROUSSY. — Les réactions cythologiques produites dans les tissus par les dépôts locaux de cristaux de cholestérine (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie.* 75, 1913).

ROUSSY. — Les cholestéatomes (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie.*, 1913).

ROVSING. — Pathogénie des calculs biliaires et indications opératoires (Paris, 1928, Edit. Masson).

RUSSELL et REVOL S. — Xanthomatosis et système réticulo-endothélial (*Arch. int. de Méd.* 42 : p. 611 674, novembre 1929).

S

STEWART. — British Medical journal, 1924, p. 893).

SUERMONT. — Results of gall bladder surgery in the clinic of Leyden (*Deutsche. Zeit. fur. Chir.*, Leipzig 181 : p. 145-177, 1923).

SWEET J.-E. — La vésicule biliaire. Son passé. Son présent. Son futur (*Int. clinics*, T. 34th, p. 187, 1924).

T

TORINOUMI. — Beitr. z. Path. Anat. U. Z. Allg. Path, 72, p. 456, 1924).

TORRANCE. — Cholecystectomy with a report of sixty five cases operated for gall-bladder disease (*Am. jour. of. Surgery* 31 : p. 353, 1917).

V

VELASCO-SUAREZ. — Diagnostic et traitement de la cholécystite chronique et de la vésicule fraise (nécessité de Graham et Metzger Lyon) (*Semana Medical* 2 : 1563-1570, novembre 1928-29).

VIRCHOW R. — Virchow's Archives U 574, 1857.

VERDEAU. — Les étapes du diagnostic de la cholécystite chronique (*Journ. de Med. Bordeaux*, 1929, n° 17).

VILLARD E. et DUCLOS J. — Résultats immédiats et éloignés des interventions sur les voies biliaires (Paris 1926, Editions Maloine).

W

WEILL Jean. — Maladie de Schüller-Christian (Réticulo-endothéliome xanthomateuse du crâne) (*Art médical*, n° 138, 30 avril 1932).

WEILL O. — Pathogénie de la lithias biliaire (*Bruxelles médical*, 5 janvier 1930).

WILKIE A.-L. et DOUBILET H. — Passage of cholesterol through the mucosa of the gall bladder (*Arch. of Surg.*, janvier 1933).

WILKIE A.-L. — *British jour. of Surgery* 15 ; p. 450, 1928.

WINKENWERDER W. L. — Etudes sur la résorption dans le tractus biliaire et au niveau de l'épithélium vésiculaire (*Bull. John. Hopkins Hospital* 46 : n° 4, p. 272, avril 1930).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	15
HISTORIQUE.....	21
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	27
Etude macroscopique.....	29
Etude histologique.....	38
Lésions associées.....	55
ETIOLOGIE.....	67
PATHOGÉNIE.....	77
ETUDE CLINIQUE.....	105
TRAITEMENT.....	127
OBSERVATIONS	
de lipoïdose pure ...	151
de lipoïdose avec lithiase	185
CONCLUSIONS.....	221
BIBLIOGRAPHIE.....	225

1934. St-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC
